



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Escola Nacional de Saúde Pública

Mestrado em Gestão da Saúde

2009/2011



Orientadora:

Prof. Dra. Carla Nunes

Discente:

Rita Nunes

Lisboa

Julho 2011



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Escola Nacional de Saúde Pública

Mestrado em Gestão da Saúde

2009/2011



Trabalho de projecto:

**Caracterização da Utilização da Urgência Pediátrica num
Hospital da área metropolitana de Lisboa**

Orientadora:

Prof. Dra. Carla Nunes

Discente:

Rita Nunes

Lisboa

Julho 2011

Rita Dias Nunes

Trabalho de projecto:

**Caracterização da Utilização da Urgência Pediátrica num
Hospital da área metropolitana de Lisboa**

Trabalho de projecto
apresentado à Escola
Nacional de Saúde Pública
como parte dos requisitos
para a obtenção do grau de
Mestre em Gestão da Saúde

RESUMO

Introdução: Actualmente o uso excessivo dos serviços de Urgência Pediátrica hospitalares constitui uma das preocupações de gestores e administradores hospitalares. Esta má utilização pode contribuir para o aumento descomedido dos custos uma vez que a procura não é adequada para este tipo de serviço. A procura de respostas rápidas aos problemas de saúde contribui para a afluência exagerada e por vezes injustificada por parte da população.

Objectivo: O objectivo deste estudo foi efectuar a caracterização da utilização da urgência pediátrica num hospital da área metropolitana de Lisboa, no sentido de compreender se existe, ou não, procura injustificada de cuidados de saúde.

Material e métodos: Foi utilizado como suporte metodológico uma abordagem quantitativa, num estudo descritivo - correlacional. Foram analisados 36932 episódios de Urgência Pediátrica ocorridos num período de 6 meses (Julho 2010 a Janeiro 2011).

Resultados: A amostra é constituída por 53,6% utentes do sexo masculino e por 46,4% do sexo feminino; onde o intervalo de idades mais representativo situa-se entre o 1 ano e 5 anos de idade. O concelho de Sintra apresenta 61% dos episódios, no entanto proporcionalmente o concelho de Amadora recorre mais à Urgência Pediátrica com 7,48% dos episódios. O dia com maior afluência é Segunda-feira com 17% dos episódios; 75% dos episódios ocorre entre as 8h - 20h, período de funcionamento dos Centros de Saúde. Foram considerados como não urgentes, 54,9% dos episódios, 88,8% destes são encaminhados para o Centro de Saúde.

São não referenciados 90% dos episódios. Existe evidência de utilização injustificada do Serviço de Urgência Pediátrica por 49,5% dos utentes. Verifica-se que a utilização do serviço de urgência depende da residência dos utentes ($p=0,001$), a população da Amadora recorre mais à urgência. Existe evidência de relação entre o dia da semana e o acesso injustificado ($p < 0,001$), quinta-feira apresenta 17,3% dos episódios não justificados. A recorrência injustificada ao serviço de urgência não depende do género ($p=0,137$). Existe relação entre a idade e a recorrência justificada, sendo estatisticamente significativa ($p=0,006$).

Conclusão: Pode concluir-se que a “sobre utilização” e “inadequação” da procura são fenómenos presentes no Serviço de Urgência Pediátrica. Assim urge medidas de contenção da utilização indevida, passando estas provavelmente por uma consciencialização e educação da população

Palavras-chave: Urgência, Urgência Pediátrica, acesso injustificado, acesso justificado, falsa urgência

ABSTRACT

Introduction: Currently the overuse of Pediatric Emergency hospital services is a major concern of managers and hospital administrators. This misuse may contribute to increased costs because of the inordinate demand is not appropriate for this type of service. The demand for rapid response to health problems contributing to the influx exaggerated and sometimes unjustified by the population.

Objective: The aim of this study was carried out to characterize the use of emergency pediatric hospital in the metropolitan area of Lisbon, in order to understand whether there is or not unjustified demand for health care.

Methods: We used it as a methodological support a quantitative approach, a descriptive study - correlation. We analyzed 36,932 episodes of pediatric emergency occurring in a period of six months (July 2010 to January 2011).

Results: The sample consists of 53.6% of male users and 46.4% female, where the most representative age range is between 1 and 5 years old. The Municipality of Sintra has 61% of the episodes, but the proportion of the county Amadora Pediatric Emergency appeals more to the 7.48% of the episodes. Monday 17% of the episodes is the busiest day, 75% of episodes occurs between 8 am - 20 h period of operation of the Health Centres were considered non-urgent, 54.9% of episodes, 88.8 % of these are referred to the Health Center They are not referenced 90% of episodes. There is evidence of unjustified use of the Pediatric ER for 49.5% of users. It appears that the use of emergency service depends on the residence of users ($p = 0.001$), the population of Amadora uses more urgency. There is evidence of a relationship between the day of the week and unjustified access ($p < 0.001$), Thursday shows 17.3% of the episodes are not justified. Recurrence unjustified the emergency room does not depend on gender ($p = 0.137$). There is a relationship between age and recurrence justified statistically significant ($p = 0.006$).

Conclusion: It can be concluded that "on use" and "inadequacy" of demand phenomena are present in the Pediatric ER. So urge measures to curb misuse, these probably passing an awareness and education of the population.

Keywords: Emergency, Emergency Pediatric unwarranted access, access justified, false urgency.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof. Dra. Carla Nunes, por aceitar este desafio e compreender os meus diferentes momentos no decorrer desta pesquisa. Obrigado pela atenção, paciência, orientação, compreensão, valiosas sugestões e principalmente pelo incentivo.

À Dra. Patrícia Antunes, pelas suas importantes observações e contribuições, pela sua valiosa ajuda em tantos momentos ao longo destes anos, carinho e amizade, pelo incentivo em fazer este mestrado.

À Dra. Paula Oliveira, pela sua disponibilidade, amizade e contributo ao longo de mais esta etapa académica.

À Sra. Enfermeira Chefe Rita Carneiro, por toda a sua disponibilidade, inestimável colaboração, ajuda e amizade.

À Dra. Sónia Doria pela sua disponibilidade e celeridade na disponibilização dos dados necessários à análise efectuada neste estudo.

Ao departamento de Enfermagem do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE, pela disponibilidade demonstrada ao longo de todo este projecto.

Aos meus professores do Curso de mestrado, pela oportunidade de aprendizagem.

Aos meus colegas de Mestrado, pela oportunidade de conhecê-los, em especial à Paula e Conceição.

À Direcção do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE, pela oportunidade de efectuar este estudo.

Ao Bruno, pela paciência, dedicação e apoio em todas as horas ao longo destes anos e durante tantos momentos de ausência.

À minha mãe que me deu força, coragem e ânimo ao longo de mais esta etapa da minha vida.

Ao meu filho, Duarte, que irei conhecer em breve.

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – LVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CAOP – Carta administrativa Oficial de Portugal

CESIS – Centro de estudos para a Intervenção Social

DGS – Direcção Geral de Saúde

DR – Diário da Republica

EPE – Entidades Públicas Empresariais

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização mundial de saúde

SIARS – Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

USF – Unidade de Saúde Familiar

HOSPITAL – Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca

PALOP – Países de língua oficial portuguesa

UNESCO – United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

<u>ÍNDICE</u>	pág.
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Enquadramento e importância do tema	13
1.2 Objectivos e hipóteses	16
1.3 Resultados esperados	17
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
2.1 Termos e conceitos	19
2.2 Acessibilidade ao Serviço de Urgência	19
2.2.1. Acessibilidade ao Serviço de Urgência e capacidade deste	22
2.2.2 Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários	23
2.3 Utilização do Serviço de Urgência Pediátrica	26
2.4 Sistema de Triagem	29
2.4.1 O Sistema de Triagem de Manchester	29
2.4.1.1 Metodologia do Sistema de Triagem de Manchester	30
2.5 Caracterização da população dos concelhos de Amadora e Sintra	32
2.5.1 Caracterização do concelho de Amadora	33
2.5.2 Caracterização do concelho de Sintra	35
2.6 Caracterização dos serviços de saúde públicos existentes nos concelhos de Amadora e Sintra	37
2.6.1 Rede de cuidados de saúde primários dos concelhos de Amadora e Sintra	38
2.6.1.1 Agrupamento de Centros de Saúde de Amadora – ACES VII	40
2.6.1.2 Agrupamento de Centros de Saúde Sintra – Mafra – ACES VIII	43
2.6.1.3 Agrupamento de Centros de Saúde de Algueirão e Rio de Mouro - ACES IX	45
2.6.1.4 Agrupamento de Centros de Saúde de Cacém – Queluz – ACES X	46
2.6.2 Caracterização do hospital de apoio aos concelhos de Amadora e Sintra	48
3 METODOLOGIA	49
3.1 Material e métodos	49
3.1.1 Tipo de estudo	49

3.1.2 População e amostra	49
3.1.3 Critérios de inclusão na Amostra	49
3.1.4 Unidades de observação	50
3.2 Fontes de informação	50
3.3 Variáveis em estudo	51
3.3.1 Descrição, classificação e operacionalização das variáveis primárias	52
3.3.1.1 Variáveis pessoais	52
3.3.1.2 Variáveis relativas ao acesso	53
3.3.1.3 Variáveis relativas à Triagem de Manchester	53
3.3.2 Descrição, classificação e operacionalização das variáveis secundárias	54
3.3.2.1 Descrição das variáveis de Acesso ao serviço de Urgência Pediátrica	54
3.4 Tratamento e análise dos dados	56
4 RESULTADOS	58
4.1 Análise descritiva dos dados	58
4.1.2 Caracterização da população em estudo – variáveis pessoais	58
4.1.3 Variáveis relativas ao acesso do Serviço de Urgência Pediátrica	63
4.1.4 Variáveis relativas a Triagem de Manchester	64
4.2 Análise inferencial dos dados	67
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
6 CONCLUSÃO	77
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
Anexos	
Anexo I Pedidos de Autorização	
Anexo II Quadros de variáveis	
Anexo III Tabelas de análise inferencial dos dados	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Prioridades utilizadas pelo Sistema de Triagem de Manchester	32
Figura 2 Enquadramento Geográfico dos Municípios de Amadora e Sintra	32
Figura 3 Freguesias do Concelho de Amadora	33
Figura 4 Estrutura Etária da População Residente no concelho da Amadora 2010	35
Figura 5 Freguesias do concelho de Sintra	36
Figura 6 Estrutura Etária da População Residente no concelho de Sintra 2010	37
Figura 7 Freguesias da área de influência do Hospital	38
Figura 8 Caracterização da idade dos utentes	58
Figura 9 Grupo etário	59
Figura 10 Distribuição por sexo	59
Figura 11 Naturalidade dos utentes	60
Figura 12 Concelho de residência	60
Figura 13 Freguesias com afluência superior a 1500 utentes	61
Figura 14 Afluência semanal	63
Figura 15 Afluência mensal	63
Figura 16 Horário de maior afluência	64
Figura 17 Referenciação Hospitalar	64
Figura 18 Prioridade de atendimento	65
Figura 19 Tipo de saída do Serviço de Urgência Pediátrica	65
Figura 20 Fluxogramas do Sistema de Triagem de Manchester	66
Figura 21 Tipo de acesso e referenciação	67
Figura 22 Tipo de acesso pos concelho	68
Figura 23 Utilização do Serviço de Urgência Pediatrica por dia da semana	68
Figura 24 Utilização do Serviço de Urgência Pediatrica por sexo	69
Figura 25 Grupo etário e tipo de recorrência	70

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 População residente por grandes grupos etários do concelho da Amadora	34
Quadro 2 Número de residentes por freguesia do Concelho de Amadora	35
Quadro 3 Número de residentes por freguesia no Concelho de Sintra	36
Quadro 4 População residente por grandes grupos etários do concelho de Sintra	37
Quadro 5 Número de Utentes Inscritos nos Agrupamentos de Centros de saúde (ACES) dos concelhos de Amadora e Sintra	39
Quadro 6 Comparação de residentes por concelho e inscrições nos ACES	39
Quadro 7 Caracterização da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados das freguesias de Mina, Venteira e São Brás	41
Quadro 8 Caracterização da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da freguesia da Reboleira	41
Quadro 9 Caracterização da Unidade de Cuidados Personalizados da freguesia da Buraca	42
Quadro 10 Caracterização da Unidade de Cuidados Personalizados da freguesia da Damaia	42
Quadro 11 Caracterização da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Venda Nova	43
Quadro 12 Caracterização da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Brandoa	43
Quadro 13 Caracterização da Unidade de Saúde Familiar Amato Lusitano	43
Quadro 14 Número de utentes inscritos por unidade de saúde	44
Quadro 15 Caracterização do Centro de Saúde de Mafra	44
Quadro 16 Caracterização da USF Monte da Lua	45
Quadro 17 Caracterização da extensão de Saúde de Colares	45
Quadro 18 Caracterização da Extensão de Saúde Terrugem	45

Quadro 19 Caracterização da extensão de saúde São João das Lampas	45
Quadro 20 Caracterização do Centro de Saúde de Rio de Mouro	46
Quadro 21 Caracterização do Centro de Saúde de Aqualva – Cacém	47
Quadro 22 Operacionalização das variáveis pessoais da população	52
Quadro 23 Operacionalização das variáveis relativas ao acesso	53
Quadro 24 Operacionalização das variáveis da Triagem de Manchester	54
Quadro 25 Operacionalização das variáveis de Acesso ao serviço de Urgência Pediátrica	55
Quadro 26 Proporção de utilização do serviço de urgência por concelho	61
Quadro 27 Utilização do Serviço de Urgência Pediátrica por freguesia	62

"Look to your health; and if you have it, praise God, and value it next to a good conscience; for health is the second blessing that we mortals are capable of; a blessing that money cannot buy"

Izaak Walton, The Complete Angler, 1593-1683

1.INTRODUÇÃO

1.1.Enquadramento e importância do tema

O presente trabalho surge como resposta aos objectivos do processo ensino/aprendizagem, no âmbito da Unidade Curricular Trabalho de Projecto, inserida no Mestrado de Gestão em Saúde, a decorrer na Escola Nacional de Saúde Pública, durante o ano lectivo 2010/2011, na qual foi proposta ao discentes a abordagem de uma temática que incida sobre os diversos temas da Gestão da Saúde. Assim surgiu o tema que deu origem a este trabalho: Caracterização da utilização da Urgência Pediátrica num hospital da área metropolitana de Lisboa. A área metropolitana de Lisboa é constituída pelos concelhos de Amadora, Cascais, Lisboa, Loures, Odivelas, Oeiras e Sintra.

A escolha deste tema deve-se à sua inquestionável pertinência na actual conjuntura onde cada vez mais os custos crescentes com a saúde fazem parte das preocupações de governantes, administradores e gestores do Sistema Nacional de Saúde.

Neste contexto a proposta deste trabalho visa compreender o uso excessivo dos serviços de Urgência Pediátrica como porta de entrada no Sistema de saúde português, sendo este um fenómeno observado há várias décadas em Portugal e descrito na literatura.

Existe alguma evidência que vivemos numa sociedade “sem tempo” disponível para a família, as relações sociais e para nós próprios. As acções de prevenção para a manutenção da nossa saúde são muitas vezes substituídas por acções de procura de cuidados de saúde quando adoecemos. É esta sociedade que procura cada vez mais respostas rápidas e eficazes para todos os seus problemas. A saúde, não é excepção, a qualquer hora do dia ou noite a população sabe onde encontrar cuidados de saúde que visem o diagnóstico, exames e tratamento, independentemente de estes serem necessários ou não. Este fenómeno leva à procura indevida deste tipo de resposta nos serviços de urgência hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

São várias as campanhas de sensibilização para pais e educadores no sentido de manter a população informada, assim como os recursos telefónicos disponíveis e que visam dar resposta rápida a problemas de saúde não urgentes da população. Todas estas acções têm como finalidade diminuir a recorrência desnecessária a serviços de Urgência Pediátrica.

Os serviços de Urgência Pediátrica têm como finalidade o atendimento urgente e emergente de crianças doentes desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias de idade (DR, 2010).

A definição de urgência é mais complexa que a de emergência, pois esta depende da percepção que cada indivíduo tem dos seus problemas de saúde. No entanto podemos definir como casos de urgência todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais. E como situações emergentes todas as situações clínicas de estabelecimento súbito em que existe compromisso de uma ou mais funções vitais (DGS, 2001).

Vários estudos sugerem que os esforços educacionais podem ter efeitos sobre comportamentos mais responsáveis na utilização de serviços de saúde. Os esforços feitos para educar cuidadores sobre os problemas de saúde mais comuns nas crianças têm-se mostrado eficazes na redução do número de visitas aos serviços de Urgência Pediátrica (PHELPS, 2000).

Contudo parece existir uma elevada percentagem de “falsas urgências”, ou seja crianças que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica com problemas de saúde passíveis de ser resolvidos ao nível dos cuidados de saúde primários.

A utilização indevida dos serviços de Urgência Pediátrica pode levar a uma diminuição da qualidade do atendimento, pois eleva o tempo de espera o que faz aumentar ansiedade de utentes e profissionais de saúde. Este factor pode levar a repercussões na capacidade de resposta a verdadeiras urgências e emergências. Por outro lado leva a um aumento de custos por parte da instituição hospitalar, pois são disponibilizados mais recursos humanos e materiais para fazer face à enorme afluência destes serviços.

Os cuidados médicos prestados no âmbito de um serviço de urgência são significativamente mais caros do que os cuidados prestados nos cuidados de saúde primários (PHELPS, 2000).

Esta atitude por parte da população sobrecarrega serviços e é motivo de preocupação para profissionais e gestores do Sistema.

A má utilização dos serviços de Urgência Pediátrica contribui para a escalada dos custos financeiros do Sistema de saúde. Os cuidados de saúde a nível do serviço de urgência são significativamente mais caros que a um nível mais primário. Por exemplo nos EUA um episódio de urgência por uma patologia simples como uma otite média aguda tem como custo aproximadamente cento e setenta dólares, o mesmo episódio tratado a nível dos cuidados de saúde primários tem um custo aproximado de cinquenta dólares, é assim notória a poupança que se poderia fazer se os serviços de Urgência Pediátrica forem utilizados de forma correcta (PHELPS, 2000).

Neste contexto, com este trabalho de projecto pretende-se caracterizar e compreender esta afluência potencialmente desnecessária a um Serviço de Urgência Pediátrica da região metropolitana de Lisboa, avaliando a utilização do Serviço de Urgência Pediátrica num período de 6 meses. Para tal pretende-se analisar todos os episódios de urgência, considerados não urgentes pelo Sistema de Triagem de Manchester. Os dados a utilizar de cada caso serão: à idade; género; prioridade de atendimento atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester; concelho e freguesia de residência dos indivíduos; referência hospitalar por parte dos Centros de Saúde ou saúde 24; dia do mês e semana; e a hora de entrada no Serviço de Urgência Pediátrica.

Serão ainda caracterizados os recursos de saúde a nível dos cuidados de saúde primários que pertencem aos concelhos abrangidos pelo Hospital Distrital em estudo. Posteriormente foi efectuada a correlação entre horários dos ACES da freguesia de residência dos utentes e a sua recorrência ao Serviço de Urgência Pediátrica.

Desta forma foi elaborada a seguinte questão de investigação:

Quais as características do atendimento dos episódios não urgentes num Serviço de Urgência Pediátrica de um Hospital da área metropolitana de Lisboa e a sua relação com o recursos públicos da saúde da comunidade?

É esperado que este estudo possa proporcionar algum contributo para o enriquecimento do estado da arte nesta área.

1.2.Objectivos e hipóteses

Objectivo geral:

- Determinar a frequência e as características do atendimento dos episódios não urgentes num Serviço de Urgência Pediátrica de um Hospital da área metropolitana de Lisboa durante um período de 6 meses (Julho de 2010 a Janeiro de 2011).

Objectivos específicos:

- Identificar as patologias mais frequentes que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica bem como o horário com maior afluência destas;
- Identificar as patologias mais frequentes dos episódios não urgentes que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica, bem como o horário com maior afluência destas, por sexo e faixas etárias;
- Caracterizar a população que utiliza indevidamente o Serviço de Urgência Pediátrica por sexo e faixas etárias;
- Analisar a importância do local de residência do recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica;
- Descrever os recursos de saúde públicos na área dos Cuidados de Saúde Primários, existentes nas freguesias que constituem os concelhos abrangidos pelo Hospital estudado;

No sentido de atingir os objectivos mencionados foram elaboradas as seguintes hipóteses:

H0 – Existe utilização injustificada por parte dos utentes do Serviço de Urgência Pediátrica?

H1 – Existem diferenças de utilização do Serviço de Urgência Pediátrica consoante o concelho da residência dos utentes?

H2 – Existe relação entre o dia da semana e a prioridade atribuída no Sistema de Triagem de Manchester?

H3 – Será que existe diferença significativa da recorrência injustificada ao serviço de urgência entre os diferentes géneros?

H4 – Será que existe relação entre a idade e a recorrência injustificada ao Serviço de Urgência Pediátrica?

1.3.Resultados esperados

Nos Estados Unidos da América mais de 20 milhões de crianças recorrem anualmente aos serviços de Urgência Pediátrica, mais de 50% destes casos são considerados casos não urgentes e que poderiam ser resolvidos a um nível de cuidados mais básicos. Este tipo de utilização indevida por parte de pais e educadores tem efeitos nefastos na qualidade do atendimento médico e contribui para a escalada dos custos financeiros no Sistema de saúde (PHELPS, 2000).

Em Itália são vários os estudos que apontam para uma utilização indevida dos serviços de Urgência Pediátrica. Cerca de 95% dos utentes pediátricos de 10 hospitais públicos Italianos que recorrem aos serviços de urgência são considerados não urgentes, ou seja o tipo de cuidados que requerem são cuidados não urgentes que poderiam ser resolvidos ao nível de prestação de cuidados de saúde primários (GRASSINO, 2008).

Outro estudo efectuado em Itália na região de Crotone, num Hospital Publico central conclui que cerca de 27,6% das crianças que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica são considerados não urgentes, podendo ter recorrido a um nível de cuidados menos diferenciados para resolução dos seus problemas de saúde (PILEGGI, 2006).

Em Portugal, na região do grande Porto verificou-se uma elevada proporção de situações não urgentes ou que constituem urgências extra-hospitalares. Foi considerada procura inadequada de cuidados de saúde 58,4% dos casos que recorreram a serviços de Urgência Pediátrica (Caldeira, 2005)

As populações tendem a usar o serviço de emergência como um substituto do médico de família. A sobrelotação dos serviços de Urgência Pediátrica com problemas não urgentes tem aumentado a preocupação entre os administradores e gestores hospitalares no concerne ao planeamento da assistência hospitalar. Este tipo de

utilização indevida tornou-se num problema importante que deve ser resolvido, uma vez que factores económicos, sociais, psicológicos e médicos podem influenciar esta recorrência desnecessária por parte de pais e educadores aos serviços de Urgência Pediátrica. Perante esta heterogeneidade de realidades e com base no meu conhecimento empírico a percentagem de falsas urgências será elevada, uma vez que o estudo referido anteriormente e realizado em Portugal se refere a uma região que apresenta variáveis socioeconómicas semelhantes com a realidade dos concelhos estudados.

2.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico tem a finalidade de dispor os conceitos estudados na investigação de modo a fornecer uma justificação racional e uma perspectiva no estudo (FORTIN, 1999).

Assim no presente capítulo irão ser abordadas várias teorias que fundamentam a área temática e os conceitos em estudo.

2.1.Termos e conceitos

De forma a melhorar a compreensão deste estudo, é importante descrever alguns termos e conceitos relacionados com a temática em questão.

Serviço de Urgência – serviço hospitalar que se destina ao atendimento de situações de doença aguda, consideradas emergentes ou urgentes, implicando um contacto prévio com um meio comunitário de socorro através do número de telefone 112 (Ministério da Saúde, 2007).

Idade Pediátrica – idade compreendida entre os 0 dias de vida e os 18 anos menos 1 dia de idade (Despacho nº9871/2010 de 2010-06-11).

Urgência Pediátrica – serviço hospitalar que se destina ao atendimento de situações de doença aguda (emergentes ou urgentes) em utentes com idade pediátrica (Ministério da Saúde, 2007).

Acesso justificado – acesso referenciado por parte de médico assistente, Centro de Saúde, saúde 24, número 112, ou outra entidade de saúde competente para avaliar a situação clínica do utente, ou situação clínica considerada urgente.

Acesso injustificado – todos os utentes que recorram ao serviço de urgência sem contacto prévio com entidade de saúde competente e cuja situação clínica seja considerada não urgente.

2.2.Acessibilidade ao serviço de urgência

Dada a especificidade do bem saúde e o direito inequívoco dos cidadãos optarem por aquilo que lhes parece de melhor qualidade, é extremamente complicado implementar medidas no sentido de moderar o acesso a serviços de saúde diferenciados (MELO, 1999)

O Serviço de Urgência é muitas vezes a porta de entrada no Sistema de saúde para situações não urgentes, quando deveriam ser os cuidados de saúde primários a porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde. A acessibilidade a cuidados médicos não pode ser confundida com acessibilidade ao Serviço de Urgência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A acessibilidade e utilização dos serviços de saúde depende de factores, tais como: geográficos (proximidade dos serviços de saúde, rede rodoviária de acesso, tempo dispendido no acesso); socioeconómicos (custos de deslocação e medicamentos); socioculturais (estilos de vida, valorização da doença); demográficos (idade, sexo, posição social) e psicológicos (motivação para recorrer aos serviços de saúde) (MELO, 1999).

São inúmeras as vantagens dos utentes que recorrem de forma indiscriminada aos serviços de Urgência Pediátrica, pois têm um acesso fácil e indiscriminado a profissionais de alta qualidade, actualizados e especializados. No entanto afasta as populações dos cuidados de saúde primários e leva ao mau aproveitamento de recursos humanos por parte do Serviço Nacional de Saúde. Torna necessária uma Triagem rápida que estabeleça graus de prioridade que separem de entre o volume de utentes com doença não urgente, os que verdadeiramente necessitam de vigilância ou cuidados especiais. Com esta Triagem deveria ser possível reenviar para os cuidados de saúde primários todos os utentes cuja prioridade não justificasse a sua ida a um serviço tão diferenciado (JANUÁRIO, 2010).

Podemos distinguir a população através de características únicas que surgem consoante o meio ambiente onde esta se insere. São estas características que podem influenciar e determinar a procura e utilização dos serviços de saúde. A distribuição da população por idades, sexo, escolaridade, local de residência, percepção de gravidade da doença e de estado de saúde, grupo socioeconómico e informação sobre os serviços de saúde são algumas das características da população que podem determinar a utilização dos serviços de saúde (SANTANA, 1993).

Vários estudos estabelecem uma ligação entre serviços de urgência, superlotação e consequente diminuição na qualidade dos cuidados de saúde associados a um número cada vez maior de utentes com situações não urgentes (DELIA, 2009).

A missão do Serviço de Urgência Hospitalar baseia-se no princípio de atendimento de situações emergentes e urgentes. Tem como objectivo prestar assistência à

comunidade em situações de doença aguda (com aparecimento recente), que constituam verdadeiras situações de urgência ou emergência. O conceito de acesso a cuidados de urgência implica o contacto com um meio de socorro (112) e a obtenção de uma resposta adequada por parte deste que efectuará a estabilização e transporte com o correcto encaminhamento para a rede de referência organizada em função da necessidade clínica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Como referido anteriormente podemos definir as situações agudas que carecem de atendimento em Serviços de Urgência como sendo: emergência é uma situação onde é iminente ou está instalada a falência de funções vitais; e uma situação urgente corresponde a um episódio onde existe risco de falência de funções vitais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Todas as outras situações de doença aguda que não se encontrem na definição de emergente ou urgente referida anteriormente e que recorram ao Serviço de Urgência não são verdadeiras urgências. No entanto apesar de não se enquadrarem no conceito de urgência ou emergência podem ser situações que careçam de resolução rápida (dias ou horas) sendo muitas vezes consideradas (sem referência) e resolvidas no Serviço de Urgência. Este fenómeno leva a que os casos verdadeiramente urgentes sejam atendidos com alguma morosidade devido a sobrecarga de utentes que recorrem a este tipo de serviços. É da competência dos cuidados de saúde primários promover o atendimento e referenciar à consulta externa Hospitalar deste tipo de situações não urgentes e cujo âmbito de resolução ultrapasse as competências dos profissionais do Centro de Saúde. Desta forma evitar-se-ia o uso indevido dos Serviços de Urgência como tentativa de resolução de problemas de saúde não urgentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A natureza do bem saúde é diferente de qualquer outro bem, sendo considerada como um bem de mérito. Esta qualidade provém de externalidades positivas tais como prevenção da doença ou a satisfação da população ao saber que todos têm acesso a serviços de saúde (MELO, 1999).

Actualmente os padrões de utilização dos serviços de saúde dependem na sua maioria da percepção do indivíduo acerca da sua saúde e doença, existindo actualmente alguma evidência de uma procura desmesurada por serviços de saúde especializados. Este acréscimo da procura implica um aumento no consumo de recursos económicos e humanos por parte dos serviços de saúde no sentido de

efectivarem uma resposta rápida a todos os utentes. Este facto deve-se ao atendimento de numerosas situações, cuja gravidade não justificaria o recurso a cuidados tão diferenciados (MELO, 1999).

Os verdadeiros custos associados aos episódios de urgência não urgentes passam pela existência de um elevado número de recursos humanos e materiais sempre disponíveis para fazer face à elevada afluência de utentes (DELIA, 2009)

A superlotação dos serviços de urgência é prevalente nos EUA, com consequências negativas para a saúde dos verdadeiramente doentes, pois provoca incapacidade nos serviços de responder de forma mais rápida e eficiente, especialmente durante os picos de procura de cuidados que são na maior parte das vezes inesperados. Assim esforços para reduzir a utilização indevida dos serviços de urgência pretendem reduzir custos e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados (DELIA, 2009).

A recorrência por parte de utentes com situações não urgentes aos serviços de urgência hospitalar é um fenómeno crescente. A superlotação destes serviços é um problema complexo e que não pode ser resolvido apenas com o aumento da capacidade assistencial ou com o incentivo à adesão a seguros de saúde privados (GODELL, 2009).

É notório o aumento da utilização dos serviços de Urgência Pediátrica desde 1940. Alguns atribuem este facto ao aumento populacional das grandes cidades através da imigração ou aumento da taxa de natalidade. No entanto o aumento dos episódios de urgência verifica-se de uma forma mais drástica que o aumento populacional. Actualmente estima-se que 50% dos episódios de urgência sejam casos não urgentes (NORTHINGTON, 2005).

2.2.1. Acessibilidade ao serviço de urgência e capacidade deste

São várias as políticas que emergiram no sentido de tentar diminuir a afluência desnecessária aos serviços de urgência. A partilha de custos entre utente e governo está associada a alguma redução na afluência. No entanto subsiste a dúvida se desta forma se limita o uso aos mais carenciados e se facilita um acesso mais rápido e privilegiado aos utentes com um nível socioeconómico mais elevado, que tanto podem recorrer ao serviço de urgência público como aos serviços privados (GODELL, 2009).

O crescimento da procura de cuidados nos serviços de urgência leva alguns especialistas a declarar que o atendimento de urgência chegou a um ponto de ruptura (GODELL, 2009).

A maior parte dos utentes que procuram atendimento num serviço de urgência hospitalar parecem ter condições não urgentes com base na classificação de Triagem. No entanto uma pequena percentagem de doentes considerados não urgentes é hospitalizada (YOUNG, 1996).

São os utentes de nível socioeconómico mais baixo, e com doenças crónicas, quem mais utiliza o serviço de urgência. A utilização por parte de crianças, idosos, residentes em lares, sem abrigo, Afro-americanos, e indivíduos cobertos pelo Medicaid (seguro de saúde privado), apresentam taxas muito elevadas de utilização indevida dos serviços de urgência nos EUA (GODELL, 2009).

A superlotação dos serviços de urgência está associada a uma redução da segurança na prestação e da qualidade do atendimento, devido ao aumento do tempo de espera (PINES, 2008).

Embora alguns hospitais exijam uma capacidade adicional de recursos humanos e materiais para aliviar a superlotação de doentes, outros tendem a utilizar a capacidade existente de uma forma mais eficaz, através da melhoria dos seus fluxos internos de doentes. Esta melhoria consiste numa mais eficiente drenagem dos doentes para os vários serviços de internamento, reduzindo desta forma a sobrelotação dos serviços de observação (GREENE, 2007)

2.2.2.Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários

A utilização exagerada dos serviços de urgência revela limitações noutras áreas como os cuidados de saúde primários. A prestação de cuidados de saúde de qualidade pode estar comprometida com o aumento de utilizadores dos serviços de urgência por utentes considerados não urgentes, sendo que estes utilizadores são na maioria utentes da classe média. A deterioração do acesso aos cuidados de saúde primários é um dos motivos da superlotação dos serviços de urgência. O uso exagerado dos serviços de urgência por parte de situações consideradas não urgentes está associado ao acesso limitado e difícil aos serviços prestadores de cuidados de saúde primários (GODELL, 2009)

Um estudo efectuado nos Estados Unidos da América em 1997, sugere que 50% dos casos que recorrem aos serviços de urgência apresentam queixas não urgentes. A inexistência de um relacionamento frequente entre utentes e médico de família foi correlacionado com o uso do serviço de urgência para situações não urgentes. Desta forma um relacionamento frequente com o médico de família pode levar a uma melhoria na qualidade de atendimento para os doentes verdadeiramente urgentes (PETERSEN, 1998)

Nos Estados Unidos da América durante o ano de 2001 ocorreram 108 milhões de episódios de urgência, verificando-se um aumento de 20% em relação à última década. Vinte e dois milhões de atendimentos foram de crianças com menos de 15 anos. Este acréscimo da afluência levou à superlotação dos serviços de Urgência Pediátrica e posteriormente a um grande aumento de tempo médio de espera de atendimento. Muitos destes episódios de urgência poderiam ter ido a um nível de cuidados menos diferenciado, os cuidados de saúde primários, que sofreu um colapso que não lhe permitiu responder a todas as solicitações por parte de crianças e famílias (BROUSSEAU, 2004).

A dificuldade de obtenção de cuidados médicos ao nível dos cuidados de saúde primários com rapidez leva a um aumento dos episódios não urgentes nas urgências pediátricas hospitalares. Todos os esforços devem ser centrados na rapidez de resposta e divulgação deste tipo de cuidados junto das famílias como principal fonte de resolução dos seus problemas de saúde (BROUSSEAU, 2004).

Outro estudo que decorreu entre Novembro de 1993 e Março de 1995 na cidade de Ohio nos Estados Unidos da América, tenta estabelecer uma relação entre a intervenção social junto da comunidade e a consequente diminuição do número de recorrências não urgentes aos serviços de Urgência Pediátrica. Seleccionaram um grupo de utentes pediátricos (não urgentes) e dividiram os utentes em dois subgrupos, um grupo de controlo e um grupo para a intervenção social. A intervenção social orienta os pais e cuidadores através de informação educacional sobre as patologias e verdadeiros sinais de alarme a ter em conta quando se deve recorrer aos cuidados de saúde primários ou aos serviços de urgência. No final quando comparados sobre a recorrência inadequada aos serviços de Urgência Pediátrica constatou-se que o grupo que recebeu intervenção social apresentou uma diminuição de 26% na recorrência aos serviços de urgência com casos não urgentes (ROSS, 2004).

A maior parte dos utentes com casos não urgentes que recorre aos serviços de Urgência Pediátrica refere não ter assistência a nível de cuidados de saúde primários ou outros tipos de assistência particular, pelo que recorre aos serviços de urgência sempre que apresentam problemas de saúde. No entanto outros referem que mesmo tendo assistência a nível dos cuidados de saúde primários, com médico de família, recorre ao serviço de urgência por acreditar que terá melhor atendimento e o seu problema de saúde será mais resolvido com exames complementares de diagnóstico mais rápidos, mesmo que para isso o tempo de atendimento de urgência seja aumentado e os custos associados a essa visita sejam elevados (NORTHIGTOM, 2005).

Médicos, administradores e contribuintes concordam que o uso mais eficiente e rentável do hospital e recursos financeiros é beneficiado quando os serviços de urgência são reservados a utentes com verdadeiras urgências que não podem ser resolvidas nos cuidados de saúde primários. As falsas urgências interferem no funcionamento dos serviços de urgência e aumentam de forma excessiva os custos destes (ROSS, 2004).

A realidade em Pediatria:

Cada vez que uma criança é trazida ao serviço de urgência é atendida por um médico diferente, geralmente um não pediatra (FOLTIN, 1995).

Este não conhece a criança, a sua história clínica, e foca-se na necessidade imediata e não a estimula com orientação educativa, e antecipatória dos problemas de saúde. Não há oportunidade para desenvolver um relacionamento, médico/criança. Este tipo de atendimento torna mais difícil detectar doenças crónicas, casos de abuso e negligência (ROSENZWEIG, 1993).

Os serviços prestados por assistentes sociais tais como coordenação de serviços, aconselhamento, encaminhamento e articulação com recurso à comunidade, estes baseiam-se em ajudar os utentes a encontrar alternativas adequadas de cuidados de saúde para além dos cuidados prestados a nível dos serviços de urgência. O trabalho social de intervenção tem apresentado resultados satisfatórios na taxa de reincidência de crianças com necessidade de cuidados não urgentes (MCCOY, 1992).

O *gatekeeping* nos cuidados de saúde primários depende do investimento na educação para a saúde dos pais e do acesso rápido a um médico ao longo das

24 horas nos cuidados de saúde primários. Estas medidas têm-se revelado eficazes na diminuição no atendimento de falsas urgências (FRANCO, 1997).

A restrição do acesso a cuidados de emergência pode afectar negativamente a saúde das crianças. Podemos mesmo estar a degradar as condições de saúde de minorias étnicas e crianças com poucos recursos económicos (LOSEK, 1987).

A promoção do acesso aos cuidados de saúde primários tem de começar pela intervenção dos prestadores junto das famílias, intervindo junto da comunidade, escutando atentamente o que os pais têm a dizer, compreendendo e esclarecendo as suas dúvidas dos prestadores, uma comunicação de alta qualidade é a base de um relacionamento de confiança entre famílias e prestadores de cuidados de saúde primários (BROUSSEAU, 2007).

É necessário incentivar a utilização dos cuidados de saúde primários entre as famílias com crianças, através da mudança de padrões de comportamento e promoção da utilização eficaz dos recursos de saúde existentes na comunidade (ROSS, 2004).

A Academia Americana de Pediatria tem como um dos seus objectivos o fortalecimento de uma relação de maior proximidade entre os cuidados de saúde primários e as crianças e famílias que deles necessitem. Segundo esta academia a afluência exagerada de casos não urgentes nos serviços de Urgência Pediátrica deve-se à dificuldade sentida por parte dos pais e cuidadores em conseguir consultas de forma mais célere para as crianças ao nível dos cuidados de saúde primários (BROUSSEAU, 2004).

2.3. Utilização do Serviço de Urgência Pediátrica

Os serviços de Urgência Pediátrica são um reflexo do Serviço Nacional de Saúde, sua organização e também da forma como as famílias o utilizam e valorizam as alterações na saúde dos seus filhos. Apesar da linha telefónica (Saúde 24) de orientação para os doentes para o nível de cuidados de saúde adequados a cada situação clínica, os serviços mantêm-se sobrelotados com crianças e adolescentes que não passaram pelo Centro de Saúde ou contactaram a linha saúde 24. (JANUÁRIO, 2010)

A procura de atendimento de urgência por parte de utentes pediátricos que do ponto de vista técnico não necessitam deste tipo de cuidados, tem sido descrito ao longo dos

anos na literatura. Os motivos principais de consulta nos serviços de Urgência Pediátrica não correspondem a verdadeiras urgências médicas, são “pseudo - urgências” ou seja são apenas consideradas urgências pelos progenitores (FERNANDEZ, 1996).

A percepção que os cuidadores têm do estado de gravidade da doença dos seus filhos também influencia a recorrência aos serviços de urgência ou aos cuidados de saúde primários.

Nos EUA foi efectuado um estudo prospectivo junto de cuidadores para tentar compreender essa percepção. Este estudo foi efectuado através de inquéritos aplicados aos cuidadores no período de um mês. Neste, 24% da amostra consideram as queixas dos seus filhos como emergentes ou em risco de vida, 23% consideram como muito urgente a patologia dos seus filhos, 53% consideram como urgente ou pouco urgente. A maior parte dos cuidadores (54%) envolvidos neste estudo referem ter-se dirigido aos cuidados de saúde primários antes de recorrer ao serviço de urgência. Mais de metade dos envolvidos considera que a patologia dos seus filhos é urgente ou pouco urgente e no entanto recorre ao Serviço de Urgência Pediátrica com regularidade e quando considera necessário pois considera que estes serviços apresentam uma resposta mais eficiente que os cuidados de saúde primários (HALTIWANGER, 2006).

O número de pais e cuidadores que recorre ao Serviço de Urgência Pediátrica tem vindo a aumentar de ano para ano ao longo de todo o país. Verifica-se com frequência que entre os muitos que recorrem a este tipo de serviço, uma grande percentagem poderia classificar-se como “falsa urgência” (FERNANDES, 2011).

Estas peculiaridades dos serviços de Urgência Pediátrica (picos assistenciais e “pseudo - urgências”) associados ao direito que assiste todas as crianças de serem assistidas adequadamente, levam ao desencadear de situações de colapso nos serviços de urgência, o que pode dificultar a assistência às situações de verdadeira urgência (FERNANDEZ, 1996).

A procura de cuidados de saúde ao nível dos serviços de Urgência Pediátrica tem picos assistenciais, variando ao longo do dia, semana e mês. Das patologias mais frequentes que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica em Espanha destacam-se (por ordem decrescente) a síndrome febril, infecção respiratória do tracto superior, diarreia e dor abdominal (CAMBRA, 1995).

Na tentativa de explicação deste fenómeno, que é a procura crescente de cuidados de saúde mais diferenciados surgem vários factores, todos eles relacionados com o estilo de vida actual da nossa sociedade. Assistimos a um medo crescente por parte dos progenitores, de que os seus filhos apresentem patologias graves. Este surge devido ao bombardeamento de informação sobre saúde por vezes proveniente de fontes pouco precisas e alarmistas. A comodidade e adequação de horários de trabalho dos progenitores com os horários dos hospitais aliadas à atitude consumista própria da nossa sociedade levam a um incremento dos episódios de Urgência em Pediatria (FERNÁNDEZ, 1996).

Criança doente e qualidade no atendimento

Uma criança doente é sempre motivo de grande ansiedade e angústia para pais ou cuidadores, no entanto nem sempre é necessário recorrer a uma urgência hospitalar para ver atenuada essa ansiedade. Esta angustia, leva os pais a recorrer aos serviços de Urgência Pediátrica com situações que podem ser resolvidas pelo médico de família no Centro de Saúde. Esta recorrência exagerada faz com que a criança tenha de esperar muito tempo pelo atendimento clínico aumentando a ansiedade de pais e crianças perante a possibilidade de contágio com outras doenças existentes neste tipo de serviço. (FERNANDES, 2011).

A medição da qualidade em pediatria contempla um desafio específico. Muitas características tornam as crianças especiais no que concerne a cuidados de saúde. Em geral as crianças são uma população relativamente saudável, raramente têm várias doenças em simultâneo e o seu contacto com o hospital diz respeito a uma pequena franja da sociedade. Os cuidados de saúde primários para primeira consulta e imunização são os mais visitados pela população mais jovem. A rapidez de atendimento constitui um dos pontos essenciais para a manutenção da prestação de cuidados de saúde de qualidade em pediatria (MCDONALD, 2006).

Um elevado nível de qualidade de cuidados de saúde centrados na família, de rapidez no acesso aos cuidados de saúde primários estão directamente associados à diminuição subsequente dos episódios não urgentes que recorrem aos serviços de Urgência Pediátrica (BROUSSEAU, 2007).

2.4 – Sistema de Triagem

O termo Triagem significa seleccionar ou escolher e provém do termo francês *Trier*. A sua utilização remonta à 1ª guerra mundial após a verificação da necessidade de empregar os melhores recursos para obter os melhores resultados. Após a 2ª guerra mundial foi usado a Sistema de Triagem para verificar quais os combatentes feridos que tinham probabilidade de regressar ao campo de batalha (ISERSON, 2007).

Actualmente o termo Triagem é utilizado quase exclusivamente na área da saúde.

O Sistema de Triagem de doentes foi introduzido nos Serviços de Urgência na década de 1960 em que a procura de serviços era em número muito superior aos recursos existentes. Surge como forma de dar uma resposta rápida aos doentes que necessitavam de cuidados de saúde urgentes e emergentes e que recorriam aos Serviços de urgência (HAY, 2001).

A Triagem nos Serviços de Urgência tem como missão identificar os casos potencialmente mais urgentes e emergentes, assegurando que estes receberão tratamento prioritário, seguindo-se os casos menos urgentes que poderão aguardar (ISERSON, 2007),

Alguns Sistemas de Triagem funcionam com base em algoritmos computadorizados de Triagem (Sistema de Triagem de Manchester), outros com base em critérios de prioridade definidos pelos serviços de urgência e dependentes da sensibilidade do profissional de Triagem e outros consistem em Sistemas de Triagem telefónica - Saúde 24 (HAY, 2001).

Todos estes Sistemas são válidos, no entanto todos eles podem diferir no que diz respeito à prioridade do doente, e alguns deles dependem da sensibilidade de quem faz a Triagem, não existindo uniformidade entre os vários profissionais (GOUIN, 2005).

Está preconizado que a Triagem deve ser efectuada num período de tempo de dois a cinco minutos. Quando a Triagem é efectuada em pediatria pode ser mais demorada ultrapassando os minutos estipulados (BAUMANN, 2005).

2.4.1. O Sistema de Triagem de Manchester

Na tentativa de priorizar os episódios verdadeiramente urgentes, surge um Sistema que permite atribuir uma ordem de prioridade crescente consoante a gravidade dos

vários utentes que recorrem ao serviço de urgência. Desta forma é feita a atribuição de prioridades que vai determinar a ordem do atendimento médico (MARQUES, 2009).

Em 1994 surge em Inglaterra na cidade de Manchester um novo Sistema de Triagem, o de Manchester. Este foi criado por um grupo de trabalho da British Accident and Emergency Physicans, e surge em substituição da antiga escala de cinco níveis que era utilizada até então. A criação deste Sistema de Triagem deriva do consenso de um grupo de peritos em emergência e urgência constituído por médicos e enfermeiros que face ao crescente aumento do número de doentes que recorriam ao Serviço de Urgência, houve necessidade de uniformizar e agilizar o processo de Triagem, surgindo o Sistema de Triagem de Manchester. Este Sistema permite a classificação dos doentes por ordem de necessidade (KEVIN, 2006).

O protocolo de Triagem de Manchester tem como objectivos: o desenvolvimento de uma terminologia e definições comuns; desenvolvimento de uma metodologia de Triagem sólida; desenvolvimento de um programa de formação e de um guia de auditoria para a Triagem (KEVIN, 2006).

Em Portugal este Sistema foi introduzido pela primeira vez no ano 2000. Tendo sido criado para o efeito uma entidade que monitoriza a actividade desenvolvida no país, o Grupo Português de Triagem.

O Grupo Português de Triagem foi criado pelo Grupo de Triagem de Manchester do Reino Unido com o intuito de este efectuar divulgação, formação e auditoria em Portugal. Tem como missão a implementação, controlo da formação, manutenção do Sistema, uniformização dos registos, preparação de formadores e auditores, credenciação de hospitais que cumpram as normas, etc. (MARQUES, 2009).

No Hospital onde foi feito este estudo está implementado o Sistema de Manchester. De seguida será feita uma breve descrição da metodologia deste.

2.4.1.1. Metodologia do Sistema de Triagem de Manchester

Com o método de Triagem de Manchester é estabelecida uma prioridade clínica e não um diagnóstico. Este método baseia-se nos seguintes princípios: a prioridade não tem de estar obrigatoriamente relacionada com o diagnóstico, deve reproduzir os aspectos da condição particular do doente; a observação de Triagem num serviço de Urgência tem como finalidade facilitar a gestão clínica dos doentes e

consequentemente a gestão do serviço, através da atribuição exacta de uma prioridade (KEVIN, 2006).

Este Sistema exige aos profissionais a identificação da queixa principal e posteriormente de um número limitado de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica. A estes sinais e sintomas que discriminam a prioridade clínica chamamos de discriminadores. Estes estão representados num fluxograma onde os discriminadores que indiquem níveis de prioridade mais altos são os primeiros a ser procurados, os doentes que são classificados pela prioridade clínica mais baixa são seleccionados por defeito (MARQUES, 2009).

Existem 52 fluxogramas neste Sistema, cabe ao profissional escolher o que melhor se adequa à queixa principal do doente. A escolha do fluxograma não determina a prioridade de atendimento. Avaliar e seleccionar alternativas com base e discriminadores gerais e específicos são os passos seguintes que irão determinar a prioridade de atendimento. São considerados discriminadores gerais os seguintes: risco de vida (comprometimento da via aérea, respiração e circulação); a dor; hemorragia; nível de consciência, temperatura e duração do problema. Alguns dos discriminadores são avaliados por parâmetros quantificáveis como a glicemia, temperatura, pulso e saturação de oxigénio, outros são seleccionados por definições e nomenclaturas específicas do fluxograma seleccionado (KEVIN, 2006).

Este Sistema classifica o doente numa das cinco categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo máximo até à primeira observação clínica. A primeira categoria corresponde à primeira prioridade, cor vermelha, atendimento imediato; a segunda categoria corresponde à prioridade muito urgente, cor laranja e cujo tempo estipulado para o atendimento é de 10 minutos; a terceira categoria corresponde à prioridade urgente, cor amarela, tempo máximo de espera é de 60 minutos; a quarta categoria e corresponde à prioridade Pouco urgente, cor verde, com um tempo máximo previsto de atendimento de 120 minutos; a quinta prioridade corresponde à cor azul não urgente com um tempo alvo estimado de 240 minutos para o atendimento médico (SCOBLE, 2004).

Em Portugal foi introduzida uma sexta categoria à qual corresponde a cor branca (Figura 1), esta corresponde a todas as situações de actividade programada ou não urgente que utiliza o serviço de urgência como porta de entrada administrativa (MARQUES, 2009).

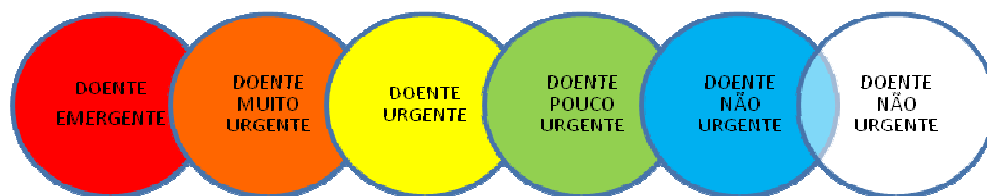
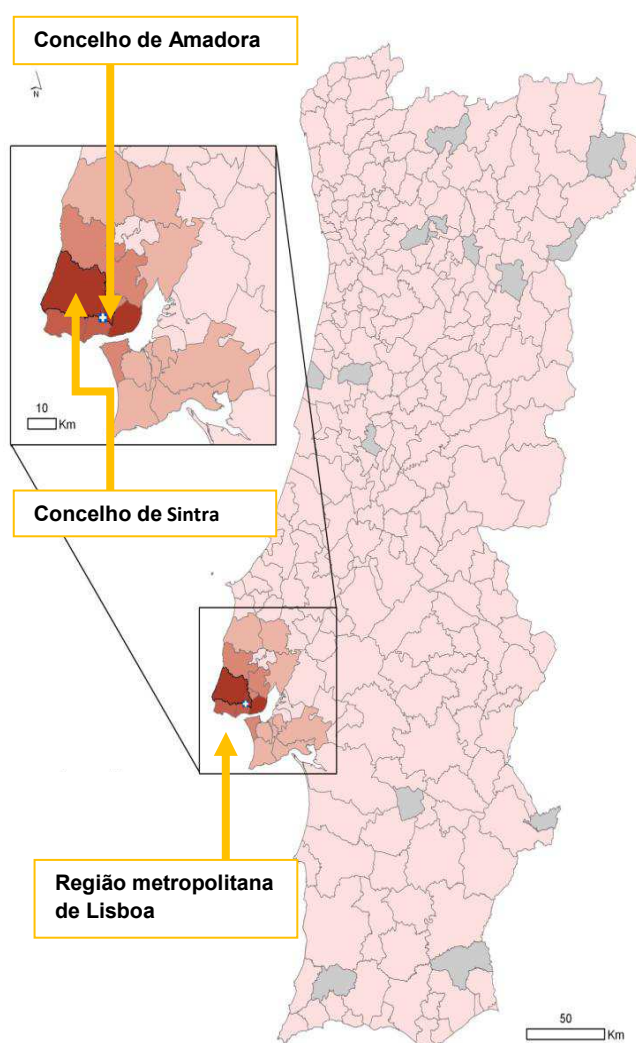


Figura 1. Prioridades utilizadas pelo Sistema de Triagem de Manchester português

2.5. Caracterização da população dos concelhos de Amadora e Sintra

Ao longo das últimas décadas os Municípios de Amadora e Sintra constituem uma forte presença na região metropolitana de Lisboa (Figura 2) devido à sua elevada densidade populacional. Ambos os concelhos são de uma diversidade cultural, étnica e social enorme. A proporção de imigrantes residentes nestes concelhos é das mais elevadas do país. A equidade na prestação de cuidados de saúde às populações de ambos os concelhos tem sido uma das preocupações das diferentes instituições de saúde públicas que existem em ambos os concelhos (MACHADO, 2007)

Estes Concelhos têm uma população estimada de 600000 habitantes distribuídos por ambos os concelhos, (INE 2001).

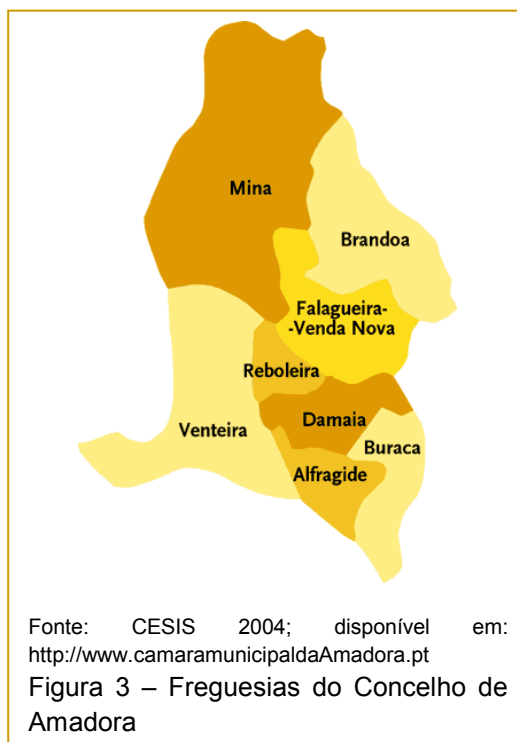


Fonte: Instituto geográfico português (CAOP)
Figura 2 – Enquadramento Geográfico dos Municípios de Amadora e Sintra

2.5.1. Caracterização do concelho de Amadora

O Município da Amadora foi criado em 1979, e a sua localização geográfica faz parte da área metropolitana de Lisboa Norte, fazendo fronteira com os Municípios de Lisboa, Odivelas, Sintra e Oeiras. É constituído por 11 freguesias (Fig.3): Alfragide, Venda Nova, Brandoa, Damaia, Falagueira, Reboleira, Buraca, Venteira, São Brás, Alfarelos e Mina (CESIS, 2004).

A proximidade com Lisboa influencia a sua dinâmica demográfica e social. Verifica-se que a população residente tem vindo a diminuir como consequência de uma taxa de crescimento natural negativa impulsionada pela baixa taxa de natalidade quando comparada com a taxa de mortalidade (INE, 2006).



A densidade populacional do Município evoluiu de forma positiva até à década de 1990. Esta evolução positiva deve-se ao desenvolvimento progressivo das infra-estruturas de transportes (nomeadamente o caminho-de-ferro) e industrialização que se verificou na área metropolitana de Lisboa Norte, como por exemplos temos o parque industrial da Venda Nova e a zona comercial de Alfragide. Todos estes factores contribuíram para o aumento populacional de cidadãos portugueses e para um aumento dos fluxos migratórios para o Concelho da Amadora (CESIS, 2004).

No entanto em 2001 residiam neste Município 174 778 pessoas (INE, 2001) Actualmente e segundo dados dos CENSOS 2011 residem neste concelho 169199 mil habitantes (INE, 2011).

A dinâmica imigratória no concelho da Amadora é notória existindo uma população muito heterogénea, incorporando uma multiculturalidade cada vez maior.

O Município da Amadora é ainda caracterizado pela existência de quatro grandes bairros de habitação social (o bairro do Zambujal, Casal de Mira, Casal da Boba e Casal do Silva), estes surgem como resposta ao plano de extinção de alguns dos bairros degradados que existiam na zona. No entanto dada a procura crescente de

habitação social e face à dificuldade de responder a todas as solicitações ainda existem neste Município bairros degradados como: Cova da Moura, Quinta da Lage, Santa Filomena e Bairro 6 de Maio. Pensa-se que no Município da Amadora e nestes bairros degradados o número de imigrantes ilegais residentes seja o dobro dos actualmente registados (SANTOS, 2005).

O Município da Amadora tem uma área de 24Km², sendo o mais pequeno da área de Lisboa. No entanto apresenta a maior densidade populacional do país (INE, 2006).

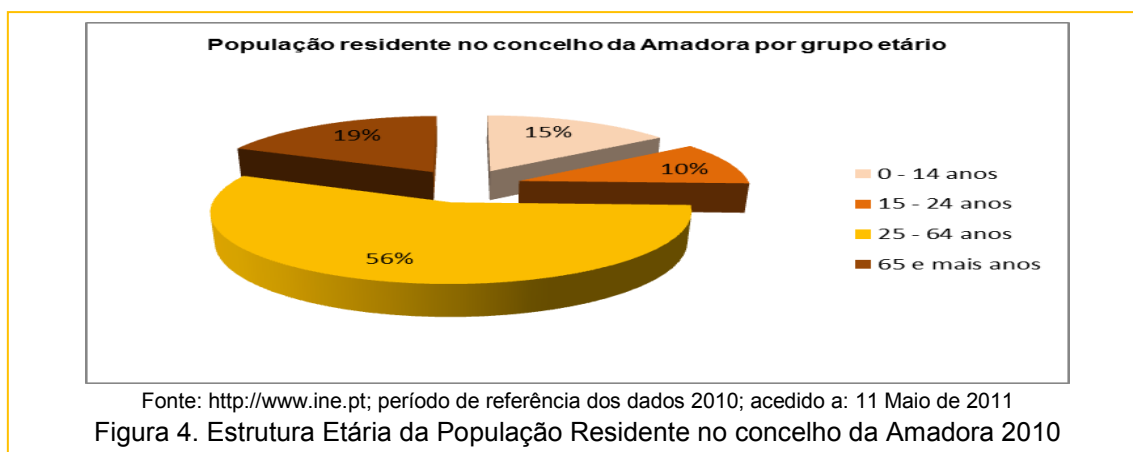
As dificuldades socioeconómicas existentes neste concelho trazem por vezes dificuldade de acesso aos recursos básicos da vida, entre eles ao Sistema de Saúde. Nas freguesias de Buraca, Damaia, Brandoa, Falagueira, Mina e Venda Nova é onde se regista maior vulnerabilidade no que diz respeito a questões de saúde, este facto pode ser relacionado com o elevado número de alojamentos degradados, à baixa escolaridade dos residentes e ao desemprego. Este fenómeno é mais visível em bairros degradados como: Cova da Moura, 6 de Maio, Santa Filomena e Quinta da Lage, tornando a sua população mais vulnerável quanto a questões de saúde e no acesso à mesma (SANTANA, 2007).

Quadro 1 – População residente por grandes grupos etários do concelho da Amadora

Sexo	Grupo etário (Por ciclos de vida)	Número de residentes	% de residentes por grupo etário
Homens e mulheres	Total	169475	100%
	0 - 14 Anos	25871	15%
	15 - 24 Anos	17482	10%
	25 - 64 Anos	94677	56%
	65 e mais anos	31445	19%

Fonte: <http://www.ine.pt> - período de referência dos dados 2010; acedido a: 11 Maio de 2011

O gráfico da figura nº4 permite-nos verificar que 56% da população residente neste concelho pertence à faixa etária entre os 24 anos e os 65 anos, 19% da população tem mais de 65 anos, apenas 15% pertence à idade pediátrica, sendo que nos dados disponíveis a população na faixa etária entre os 15 anos e os 24 anos ainda estão incluídos jovens em idade pediátrica (15-18 anos).



Em 2006 prevaleciam entre a população portuguesa residente neste Município 55% de imigrantes Africanos oriundos dos PALOP, os imigrantes Brasileiros constituem 96% do total da população imigrante da América do sul e 7% são de origem Asiática (44% Chineses e 30% Indianos) (INE, 2006).

No quadro nº2 podemos observar o número de residentes das várias freguesias do concelho da Amadora.

Quadro 2 – Numero de residentes por Freguesia do Concelho de Amadora

Freguesias	Nº de residentes 2011
Alfragide	9835
Brandoa	17732
Buraca	16295
Damaia	20945
Falagueira	14572
Mina	18030
Reboleira	14405
Venteira	18750
Alfornelos	10411
São Brás	26224
Venda Nova	8359
TOTAL:	167199

Fonte: <http://ine.pt> – dados dos CENSOS 2011; acedido a 11 Julho 2011

2.5.2. Caracterização do concelho de Sintra

O concelho de Sintra insere-se na área metropolitana de Lisboa, é constituído por uma área total de cerca de 317 Km² o que corresponde a cerca de 42% da área total da área metropolitana de Lisboa Norte. Neste concelho residiam em 2001 cerca de 370mil habitantes distribuídos por cerca de mais de 165 mil alojamentos (INE – Censos 2001). Actualmente segundo dados dos CENSOS 2011 residem neste concelho 377249 mil habitantes (Quadro 4) (INE, 2011).

O concelho obtém assim uma relativa importância na região onde se insere, detendo 10,5 % dos residentes na Região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) segundo os Censos 2001.

Este concelho caracteriza-se pela diversidade. Sendo reconhecido como detentor de um património cultural e paisagístico reconhecido a

nível mundial em 1995 pela UNESCO, e por apresentar uma área urbana densamente povoada (CLAS, 2004).

É constituído por 20 freguesias desde o ano de 2002 (figura 5), são elas: Colares, São João das Lampas, São Martinho, Terrugem, Santa Maria, São Pedro, Rio de Mouro, Algueirão - Mem Martins, Pêro Pinheiro, Montelavar, Almargem do Bispo, Belas, Agualva, Casal de Cambra, Mira Sintra, Cacém, São Marcos, Monte Abraão, Massamá e Queluz.

Este concelho apresenta um crescimento demográfico acompanhado do aumento do número de famílias que passou de 86503 mil em 1991, para 133893 mil em 2001, correspondendo a uma variação de 54,8%.

No entanto, a dimensão média da família tende a diminuir de 3 membros em 1991

para 2,7 em 2001. Esta evolução é devida à diminuição da taxa de natalidade, ao



Fonte: CESIS 2004; disponível em: <http://www.cm-sintra.pt>; Acedido em: 3 de Fevereiro 2011

Figura 5. Freguesias do concelho de Sintra

Quadro 3 – Número de residentes por freguesia no Concelho de Sintra

Freguesias do Concelho de Sintra	Numero de residentes
Algueirão - Mem Martins	66358
Almargem do Bispo	9043
Belas	26353
Colares	7628
Montelavar	3544
Queluz	25982
Rio de Mouro	47417
Sintra (Santa Maria e São Miguel)	9342
São João das Lampas	11397
Sintra (São Martinho)	6282
Sintra (São Pedro de Penaferrim)	13984
Terrugem	5145
Pêro Pinheiro	4244
Casal de Cambra	12619
Massamá	28048
Monte Abraão	20673
Agualva	35619
Cacém	21332
Mira-Sintra	5052
São Marcos	17187
TOTAL:	377249

Fonte: <http://ine.pt> – dados dos CENSOS 2011; acedido a 11 Julho 2011

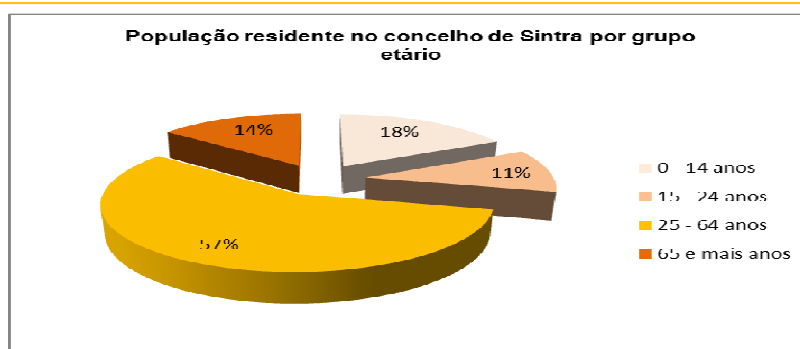
desmembramento das famílias expresso pela elevada taxa de divórcios, ao envelhecimento populacional, ao aparecimento de novos modelos de família (CENSOS, 2001)

Quadro 4 - População residente por grandes grupos etários do concelho de Sintra

Sexo	Grupo etário (Por ciclos de vida)	Número de residentes	% de residentes
Homens e mulheres	Total	458084,5	100%
	0 - 14 anos	81183,5	18%
	15 - 24 anos	49818	11%
	25 - 64 anos	261098,5	57%
	65 e mais anos	65984,5	14%

Fonte: <http://www.ine.pt> - período de referência dos dados 2010; acedido a: 11 Maio de 2011

Na figura nº6 podemos observar que metade da população se encontra na faixa etária entre os 25 anos e os 64 anos, 29% da população residente neste concelho pode considerar-se jovem pois as suas idades oscilam entre os 0 anos de vida e os 24 anos, a percentagem de idosos é de 14%.

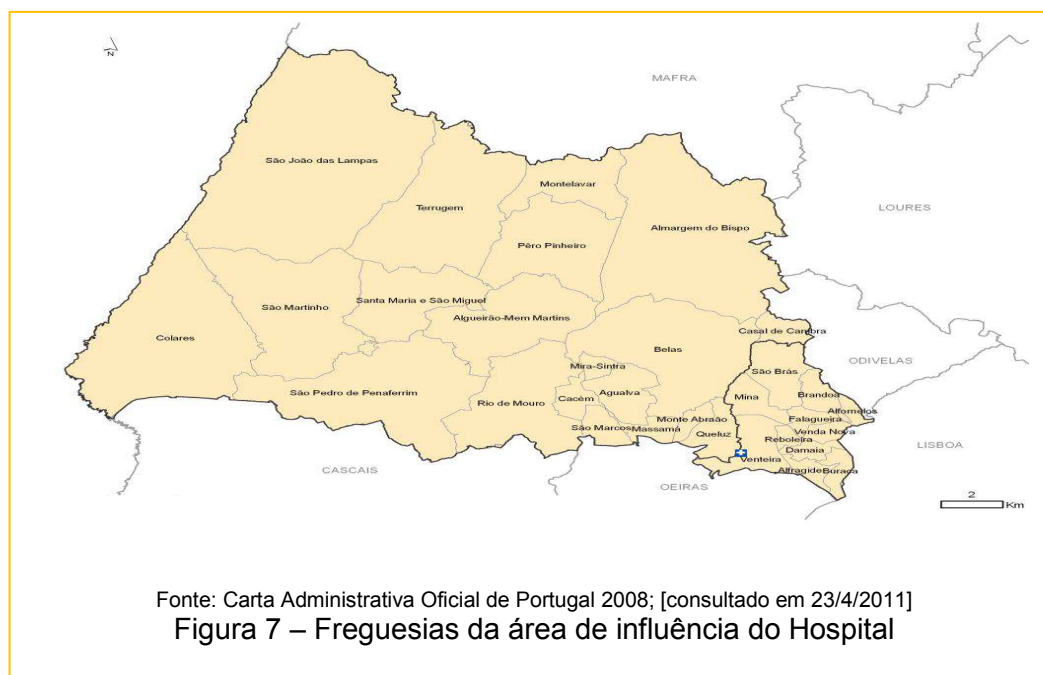


Fonte: <http://www.ine.pt> - período de referência dos dados 2010; acedido a: 11 Maio de 2011

Figura 6 – Estrutura Etária da População Residente no concelho de Sintra 2010

2.6 – Caracterização dos serviços de saúde públicos existentes nos concelhos de Amadora e Sintra

Os concelhos de Amadora e Sintra são abrangidos por um Hospital público, (fig.7) e por vários Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) criados em 2008. Os Centros de Saúde dos concelhos de Amadora e Sintra, em conjunto com o Hospital em estudo constituem a Unidade de Saúde D (DR, 2008).



2.6.1. Rede de Cuidados de saúde primários dos concelhos de Amadora e Sintra

Os Cuidados de Saúde Primários são cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundamentados, socialmente aceites e acessíveis a todos os indivíduos e famílias da comunidade (OMS, 1978).

A rede de Centros de Saúde assegura a prestação destes cuidados e representa o primeiro nível de acesso dos indivíduos, das famílias e da comunidade com os serviços de saúde, constituindo o primeiro patamar do processo permanente de cuidados de saúde. O Centro de Saúde é a unidade física e funcional responsável perante uma comunidade demográfica e geograficamente definida, de cerca de 40 000 habitantes nas áreas metropolitanas e uma área de influência delimitada (CARTA DE EQUIPAMENTOS PARA A SAÚDE, 2002).

Os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais que agrupam um ou mais Centros de Saúde e têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. O número de cidadãos residentes na área de um ACES não deve ser inferior a 50000 mil, nem superior a 200000 mil (DR, 2008).

Pertencem a estes concelhos o ACES VII, ACES VIII, ACES IX e o ACES X (Quadro 5).

Quadro 5 – Número de Utentes Inscritos nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) dos concelhos de Amadora e Sintra

ACES	Instituição	Nº Utentes Inscritos (a 31/12/2010)			
		0 - 18 Anos		Total Inscritos 0-18 anos	Total Inscritos Centro Saúde
		Masculino	Feminino		
ACES VII AMADORA	CS Amadora	5.741	5.222	10.963	61.149
	CS Reboleira	6.908	6.571	13.479	70.653
	CS Venda Nova	7.533	7.272	14.805	74.979
	Total	20.182	19.065	39.247	206.781
ACES VIII SINTRA-MAFRA	CS Mafra	8.193	7.945	16.138	74.066
	CS Pêro Pinheiro	2.087	1.957	4.044	21.243
	CS Sintra	5.234	5.022	10.256	52.854
	Total	15.514	14.924	30.438	148.163
ACES IX ALGUEIRÃO - RIO DE MOURO	CS Algueirão	7.941	7.601	15.542	69.416
	CS Rio de Mouro	5.994	5.823	11.817	52.496
	Total	13.935	13.424	27.359	121.912
ACES X CACÉM - QUELUZ	CS Cacém	9.604	9.049	18.653	88.125
	CS Queluz	13.318	12.417	25.735	123.262
	Total	22.922	21.466	44.388	211.387

Fonte: SIARS [Consultado a 03-02-2011]

É comum aos ACES dos concelhos de Amadora e Sintra o facto do seu horário de atendimento ser das 08.00h às 20.00h de 2^a a 6^a feira.

No quadro nº6 podemos observar que o número de utentes inscritos nos vários ACES é superior ao número de residentes dos Concelhos em estudo. O concelho de Sintra apresenta 127,6% de utentes inscritos face a uma população residente de 377249 indivíduos, o concelho de Amadora apresenta 123,6% de utentes inscritos face a uma população residente de 167199 indivíduos. Esta discrepância entre o número de residentes em ambos os concelhos e o número de inscritos nos ACES demonstra alguma fragilidade nos sistemas de informação existentes entre as várias entidades.

É de referir que de acordo com o regulamento interno dos Centros de Saúde os utentes não estão obrigados à inscrição no Centro de Saúde da área de residência, podendo fazê-lo numa outra freguesia ou concelho.

Nas análises futuras será utilizado os valores do Censos de 2011, visto serem valores muito recentes, tendo o cuidado de nas interpretações considerem que poderemos estar a trabalhar com cenários optimistas (no sentido de por exemplo a proporção de casos injustificados poder ser inferior ao real)

Quadro 6 - – Comparação de residentes por concelho e utentes inscritos nos ACES

	Total de utentes inscritos ACES	Total de população residente por Concelho	Proporção de indivíduos
Concelho de Amadora: ACES VII	206781	167199	123,6%
Concelho de Sintra: ACES VIII, ACES IX, ACES X	481462	377249	127,6%

Segundo informação contida no portal da saúde – on-line os recursos de saúde existentes nos concelhos de Amadora e Sintra são os seguintes:

O concelho de Amadora pertence ao **ACES VII** constituído pelo agrupamento dos Centros de Saúde de Amadora, Reboleira e Venda Nova. Este engloba as freguesias de Alfragide, Venda Nova, Brandoa, Damaia, Falagueira, Reboleira, Buraca, Venteira, São Brás, Alfofnelos e Mina.

O concelho de Sintra pertence ao **ACESVIII** Sintra - Mafra, este consiste nos agrupamentos Centros de Saúde de Mafra, Pêro Pinheiro e Sintra; o **ACES IX** Algueirão - Rio de Mouro, este consiste no agrupamento dos Centros de Saúde de Algueirão e Rio de Mouro; o **ACES X** Cacém – Queluz é constituído pelo agrupamento dos Centros de Saúde de Cacém e Queluz.

2.6.1.1 – Agrupamento de Centros de Saúde da Amadora – ACES VII

O ACES VII Amadora é constituído pelos Centros de Saúde de:

- Centro de Saúde de Amadora, com 61149 utentes inscritos em 2010
- Centro de Saúde da Reboleira, com 70653 utentes inscritos em 2010
- Centro de Saúde da Venda Nova com 74979 utentes inscritos em 2010

(SIARS, 2011)

Este agrupamento de Centros de Saúde (ACES VII) tem como unidades de saúde associadas as seguintes:

- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Amadora
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Brandoa
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Buraca
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Damaia
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Reboleira
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Venda Nova
- Unidade de Saúde Familiar Amato Lusitano
- Unidade de Saúde Familiar Arco-Íris
- Unidade de Saúde Familiar Conde da Lousã

O Centro de Saúde da Amadora

O Centro de Saúde de Amadora, tem 61149 utentes inscritos em 2010. Integra a unidade de saúde associada: a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Amadora.

Unidade Cuidados de Saúde Personalizados da Amadora, esta abrange as freguesias de Mina, Venteira, São Brás. Tem como urgência hospitalar de referência, bem como consultas de especialidade o Hospital em estudo.

Quadro 7 – Caracterização da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados das freguesias de Mina Venteira e São Brás

Consultas Específicas	Consultas de Especialidade Disponíveis	Meios Complementares De diagnóstico	Promoção da Saúde	Tratamentos / outras Actividades	Atendimento complementar
Diabetes	Medicina geral e familiar Horário:	Análises clínicas	Vacinação de crianças	Pensos	Atendimento de doença aguda fora do horário do médico de família
Planeamento familiar		Imagiologia (rx convencional)	Vacinação de adultos	Injectáveis, aerossóis	
Saúde materna			Saúde oral	Domicílios de enfermagem	
Saúde infantil				Avaliação de tensão arterial e glicemia capilar	

Fonte: <http://www.min-saude.pt/Portal/saude/> [Consultado a 03-02-2011]

O Centro de Saúde da Reboleira

Centro de Saúde da Reboleira funciona das 08:00 às 20:00 de 2ª a 6ªfeira. Tem inscritos 70653 utentes no ano de 2010. O Centro de Saúde da Reboleira integra a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Buraca e a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Damaia.

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Reboleira, esta abrange a freguesia de Reboleira. Tem como urgência hospitalar de referência bem como consultas de especialidade o Hospital em estudo.

Quadro 8 – Caracterização da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da freguesia da Reboleira

Consultas Específicas	Promoção da Saúde	Tratamentos / outras Actividades	Atendimento complementar
Planeamento familiar	Vacinação de crianças	Pensos	Atendimento utentes situação doença aguda com vagas limitadas
Saúde materna	Vacinação de adultos	Injectáveis	
Saúde infantil		Domicílios de enfermagem	

Fonte: <http://www.min-saude.pt/Portal/saude/> [Consultado a 03-02-2011]

Unidade de Cuidados Personalizados da Buraca, esta abrange as freguesias de Alfragide e Buraca. Tem como urgência hospitalar de referência bem como consultas de especialidade o Hospital em estudo.

Quadro 9 – Caracterização da Unidade de Cuidados Personalizados da freguesia da Buraca

Consultas Específicas	Promoção da Saúde	Tratamentos / outras Actividades	Atendimento complementar
Planeamento familiar	Vacinação de crianças	Pensos	Atendimento de utentes em situação de doença aguda com vagas limitadas
Saúde materna	Vacinação de adultos	Injectáveis	
Saúde infantil		Domicílios de enfermagem	

Fonte: <http://www.min-saude.pt/Portal/saude/> [Consultado a 03-02-2011]

Unidade de cuidados Personalizados Damaia, esta abrange a freguesia da Damaia. Tem como urgência hospitalar de referência bem como consultas de especialidade o Hospital em estudo.

Quadro 10 – Caracterização da Unidade de Cuidados Personalizados da freguesia da Damaia

Consultas Específicas	Promoção da Saúde	Tratamentos / outras Actividades	Atendimento complementar
Consulta de diabetes	Vacinação de crianças	Pensos	Atendimento de utentes em situação de doença aguda com vagas limitadas
Cessação tabágica	Vacinação de adultos	Domicílios de enfermagem	
Saúde materna			
Saúde infantil			

Fonte: <http://www.min-saude.pt/Portal/saude/> [Consultado a 03-02-2011]

O Centro de Saúde da Venda Nova

O Centro de Saúde da Venda Nova, tem inscritos 74979 utentes no ano de 2010.   constituído pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Venda Nova, esta presta cuidados de saúde primários às freguesias de Falagueira, São Brás e Venda Nova. Tem como prestadores de cuidados de saúde associados a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Brandoa e o Centro de diagnóstico Pneumol gico Venda Nova.

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Venda Nova, esta abrange as freguesias de Venda Nova, Falagueira e São Brás (Quadro 10). Tem como Hospital de referência o Hospital em estudo para consultas de especialidade hospitalar, urgência geral, Urgência Pediátrica e urgência obstétrica. A urgência de ORL e Oftalmologia desde hospital encerra das 20h as 8h nos dias úteis e encerra no fim-de-semana e feriados, pelo que o hospital de referência é o Hospital de São José.

Quadro 11 – Caracterização da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Venda Nova

Consultas Específicas	Consultas de especialidade	Promoção da Saúde	Tratamentos / outras Actividades	Atendimento complementar
Diabetes	Medicina geral e familiar	Vacinação crianças Vacinação adultos	Pensos, remoção de pontos, avaliação de tensão arterial e glicemia capilar, tamponamento nasal	Atendimento de situação doença aguda, fora do horário normal do Centro de Saúde
Planeamento familiar Saúde materna Saúde infantil		Preparação para o parto	Aerossóis Domicílios de enfermagem	

Fonte: <http://www.min-saude.pt/Portal/saude> [Consultado a 03-02-2011]

Unidade de Cuidados personalizados da Brandoa, esta abrange as freguesias de Brandoa e Alfoanelos (Quadro 11).

Quadro 12 – Caracterização da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Brandoa

Consultas Específicas	Promoção da Saúde	Tratamentos / outras Actividades
Diabetes	Vacinação crianças	Pensos; injectáveis, algalições, aerossóis, tamponamento nasal, remoção de pontos, avaliação da tensão arterial e glicemia capilar
Planeamento familiar Saúde materna Saúde infantil	Vacinação de adultos	Domicílios de enfermagem

Fonte: <http://www.min-saude.pt/Portal/saude> [Consultado a 03-02-2011]

Unidade de Saúde Familiar Amato Lusitano, esta associada à unidade de cuidados de saúde Personalizados Venda Nova. Esta USF abrange as freguesias de Brandoa, Falagueira, Alfoanelos, São Brás e Venda Nova (Quadro 12).

Quadro 13 – Caracterização da Unidade de Saúde Familiar Amato Lusitano

Consultas Específicas	Promoção da Saúde	Tratamentos / outras Actividades
Planeamento familiar	Vacinação crianças	Pensos; injectáveis, aerossóis, tamponamento nasal, remoção de pontos, avaliação da tensão arterial e glicemia capilar
Saúde materna Saúde escolar Saúde infantil	Vacinação adultos	

Fonte: <http://www.min-saude.pt/Portal/saude> [Consultado a 03-02-2011]

Unidade de Saúde Familiar Arco-Íris, associada à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Amadora. Abrange as freguesias de Mina, Venteira e São Brás. Tem como horário de funcionamento de 2^a a 6^a feira das 08:00 às 20:00.

Unidade de Saúde Familiar Conde da Lousã, Associada à Unidade Cuidados de Saúde Personalizados Reboleira, Com horário de funcionamento das 08:00 às 20:00.

2.6.1.2 – O Agrupamento de Centros de Saúde Sintra – Mafra – ACES VIII

O concelho de Sintra, no âmbito dos cuidados de saúde primários, e a nível de equipamentos de saúde da rede pública, é servido por seis Centros de Saúde e respectivas extensões. Estes Centros de Saúde servem um total de 481462 mil inscritos (Quadro 13).

Quadro 14 – Número de utentes inscritos por unidade de saúde (Censo 2001)

Centro de Saúde	População residente em 2001	Número de utentes inscritos
Algueirão	65.429	63.373
Cacém	87.092	81.366
Pêro Pinheiro	23.092	16.670
Queluz	117.987	109.625
Rio de Mouro	50.396	46.402
Sintra	47.466	46.120
TOTAIS	391.462	363.556

Fonte: <http://www.min-saude.pt/Portal/saúde> [Consultado a 03-02-2011]

O ACES VIII Sintra – Mafra é constituído pelos Centros de Saúde de:

- Mafra, com 74066 mil utentes inscritos em Dezembro de 2010
- Pêro Pinheiro, com 21243mil utentes inscritos em Dezembro de 2010
- Sintra, com 52854 mil utentes inscritos em Dezembro de 2010

Centro de Saúde de Mafra

O Centro de Saúde de Mafra tem 74066 mil utentes inscritos e abrange a freguesia de Mafra. O Centro de Saúde de Mafra tem como Hospital de referência o Hospital Distrital de Torres Vedras que não faz parte deste estudo de investigação. Desta forma a sua caracterização será feita de forma menos aprofundada. Este agrupamento de Centros de Saúde tem como unidades de saúde associadas as seguintes:

Quadro 15 – Caracterização do Centro de Saúde de Mafra

Unidade de saúde Familiar (usf)	Unidade de cuidados de saúde personalizados	Outros serviços de saúde
Usf monte da lua, esta abrange a Freguesia de várzea Saúde	Extensão de encarnação Extensão de santo Isidoro	Unidade de cuidados na comunidade Saúde – pêro pinheiro
Usfazueira, esta abrange a freguesia de Azueira	Extensão do gradil Extensão igreja nova	Unidade de cuidados na comunidade de Saúde
Usf andreas, esta abrange A freguesia de Saúde	Extensão Malveira Extensão Milharado	Unidade de saúde publica de Saúde
Usf de colares, esta abrange A freguesia de colares	Extensão Enxara do bispo Extensão Saúde	Unidade de recursos assistenciais partilhados várzea de Saúde
Usf Lapiãs, esta abrange A freguesia de pêro pinheiro	Extensão sobral da abelheira	
Usf Ouriceira, esta abrange A freguesia de Ericeira	Extensão da venda do pinheiro Extensão de vila franca do rosário	

Fonte: <http://www.min-saude.pt/Portal/saúde> [Consultado a 03-02-2011]

Centro de Saúde Pêro Pinheiro

O Centro de Saúde de Pêro Pinheiro tem 21243mil utentes inscritos no ano de 2010. Abrange as freguesias de Montelavar e Pêro Pinheiro.

Centro de Saúde de Sintra

O Centro de Saúde de Sintra tem 52854 mil utentes inscritos no ano de 2010. Abrange as freguesias de Santa Maria e São Miguel, São João das Lampas, São Martinho, São Pedro Penaferrim e Terrugem. Tem como Hospital de referência o Hospital em estudo, para consultas de referência, urgência geral, pediátrica, obstétrica e ginecológica.

Tem com extensões de saúde associadas:

Unidade de Saúde Familiar Monte da lua – Esta abrange a freguesia de São Martinho (Quadro 15) e tem como horário de funcionamento das 08:00 às 20:00

Quadro 16 – Caracterização da USF Monte da Lua

Consultas Específicas	Consultas de especialidade	Promoção da Saúde	Tratamentos e outras actividades
Consulta de diabetes	Medicina geral e familiar	Vacinação de crianças	Pensos, injectáveis, aerossóis, remoção de pontos
		Vacinação de adultos	Domicílios de enfermagem

Fonte: <http://www.min-saude.pt/Portal/saude/> [Consultado a 03-02-2011]

Extensão de Saúde de Colares – recebe utentes da freguesia de Colares. Tem como horário de funcionamento de 2ª a 6ª feira das 08:00 às 20:00. (Quadro 16)

Quadro 17 – Caracterização da extensão de Saúde de Colares

Consultas Específicas	Consultas de especialidade	Promoção da saúde	Tratamentos e outras actividades
Diabetes e hipertensão arterial	Consulta de medicina geral e familiar	Vacinação crianças	Pensos, injectáveis, aerossóis, remoção de pontos, e domicílios de enfermagem
Atendimento de jovens e adolescentes; planeamento familiar			
Saúde materna e saúde infantil			
Interrupção voluntária da gravidez			

Fonte: <http://www.min-saude.pt/Portal/saude/> [Consultado a 03-02-2011]

Extensão de Saúde Terrugem - abrange os utentes da freguesia da Terrugem, tem como horário de funcionamento de 2ª a 6ª feira das 08:00 às 20:00 (Quadro 17).

Quadro 18 – Caracterização da Extensão de Saúde Terrugem

Consultas Específicas	Consultas de especialidade	Promoção da saúde	Tratamentos e outras actividades
Diabetes e hipertensão arterial	Consulta de medicina geral e familiar	Vacinação crianças Vacinação de adultos	Pensos, injectáveis, aerossóis, remoção de pontos, e domicílios de enfermagem
Interrupção voluntária da gravidez			

Fonte: <http://www.min-saude.pt/Portal/saude/> [Consultado a 03-02-2011]

Extensão de Saúde São João das Lampas – esta extensão de saúde abrange utentes da freguesia de São João das Lampas e funciona de 2ª a 6ª feira das 08:00 às 17:00 (Quadro 18).

Quadro 19 – Caracterização da extensão de saúde São João das Lampas

Consultas Específicas	Consultas de especialidade	Promoção da saúde	Tratamentos e outras actividades
Diabetes e hipertensão arterial	Consulta de medicina geral e familiar	Vacinação crianças	Pensos, injectáveis, aerossóis, remoção de pontos

Fonte: <http://www.min-saude.pt/Portal/saude/> [Consultado a 03-02-2011]

2.6.1.3. Agrupamento de Centros de Saúde de Algueirão – Rio de Mouro – ACES IX

O ACES de Algueirão – Rio de Mouro, é constituído pelos Centros de Saúde de:

- Algueirão – Mem Martins com 69416 utentes inscritos em Dezembro de 2010;

- Rio de Mouro.com 52496 utentes inscritos em Dezembro de 2010.

Centro de Saúde de Algueirão – Mem Martins

Este Centro de Saúde tem 69416 utentes inscritos. Abrange as freguesias de Algueirão e Mem Martins. Tem como hospital de referência o Hospital de Cascais Dr. José de Almeida. Uma vez que o Hospital de referência não fez parte deste estudo a caracterização deste será feita de uma forma mais superficial.

Tem como extensão de saúde associada:

Unidade de saúde familiar da Natividade – esta abrange a freguesia de Algueirão e Mem Martins. Tem como horário de funcionamento de 2^a a 6^a das 08:00 às 20:00.

Centro de Saúde de Rio de Mouro

Este Centro de Rio de Mouro tem 52496mil utentes inscritos no ano de 2010. Abrange a freguesia de Rio de Mouro. Tem como Hospital de referencia associado o Hospital em estudo.

Quadro 20 – Caracterização do Centro de Saúde de Rio de Mouro

Consultas Específicas	Consultas de especialidade	Promoção da saúde	Tratamentos e outras actividades
Alcoologia	Consulta de medicina geral e familiar	Vacinação crianças Vacinação de adultos	Pensos, injectáveis, aerossóis, remoção de pontos, e domicílios de enfermagem
Atendimento social	Saúde Pública	Preparação para o parto	Fisioterapia
Saúde escolar		Serviço de atendimento complementar	Domicílios de enfermagem

Fonte: <http://www.min-saude.pt/Portal/saude/> [Consultado a 03-02-2011]

Tem como extensões de saúde associadas:

- USF de Alphamouro,
- USF de Albasaúde

Ambas têm como horário de funcionamento das 08:00 às 20:00 de 2^a a 6^a feira.

2.6.1.4 – Agrupamento de Centros de Saúde de Cacém - Queluz – ACES X

O ACES X Cacém – Queluz, é constituído pelos Centros de Saúde de:

- Agualva - Cacém com 88125 utentes inscritos em Dezembro de 2010;
- Queluz.com 123262 utentes inscritos em Dezembro de 2010.

Centro de Saúde de Aqualva – Cacém

O Centro de Saúde Aqualva – Cacém tem 84809 mil utentes inscritos. Este abrange as freguesias de Aqualva, Cacém, Mira – Sintra e São Marcos. Tem como Hospital de referência o Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca.

Quadro 21 – Caracterização do Centro de Saúde de Aqualva - Cacém

Consultas Específicas	Consultas de especialidade	Promoção da saúde	Tratamentos e outras actividades
Planeamento familiar	Consulta de medicina geral e familiar	Vacinação crianças Vacinação adultos	Pensos, injectáveis, aerossóis, algalias, remoção
Saúde materna		Preparação para o parto	
Saúde infantil		Centro de atendimento e tratamentos urgentes	

Fonte: <http://www.min-saude.pt/Portal/saude/> [Consultado a 03-02-2011]

Este Centro de Saúde tem como extensões de saúde associadas:

Unidade de Saúde familiar Mira Sintra – recebe utentes da freguesia de Mira Sintra, tem como horário de funcionamento das 08:00 às 18:00 de 2ª a 6ª feira.

Unidade de Saúde Familiar São Marcos – recebe utentes da freguesia de São Marcos, tem como horário de funcionamento de 2ª a 6ª feira das 08:00 às 20:00.

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olival – recebe utentes das freguesias de Aqualva, Cacém e São Marcos. Tem como horário de funcionamento das 08:00 às 20:00 de 2ª a 6ª feira.

Centro de Saúde de Queluz

O Centro de Saúde de Queluz tem 123262 mil utentes inscritos em 2010. Este abrange as freguesias de Massamá, Monte Abraão e Queluz. Tem como Hospital de referência o Hospital em estudo.

Sem informação disponível no portal da saúde para efectuar a caracterização deste Centro de Saúde.

Centro de Saúde de Queluz tem como extensões de saúde associadas:

Unidade de saúde familiar Mactamã – Sem informação disponível

Unidade de cuidados de saúde personalizados de Belas – recebe utentes da freguesia de Belas e funciona de 2ª a 6ª das 08.00 às 20:00.

Unidade de cuidados de saúde personalizados Casal de Cambra – recebe utentes da freguesia de Casal de Cambra e funciona de 2ª a 6ª feira das 08:00 às 20:00.

Unidade de cuidados de saúde personalizados dos Lusíadas – recebe utentes da freguesia de Queluz e funciona de 2ª a 6ª feira das 08:00 às 20:00.

Unidade de cuidados de saúde personalizados Monte Abraão – recebe utentes da freguesia de Monte Abraão, funciona de 2ª a 6ª feira das 08:00 às 20:00.

Unidade de Saúde familiar Mãe de Água – recebe utentes da freguesia de Massamá, funciona de 2ª a 6ª feira das 08:00 às 20:00.

2.6.2. Caracterização do Hospital público dos concelhos de Amadora e Sintra

O Hospital público existente nestes concelhos presta cuidados de saúde secundários em múltiplas valências. Para as áreas de saúde não cobertas por este estabelecimento, os utentes são referenciados para hospitais centrais em Lisboa.

Este serve a população de ambos os concelhos que actualmente ronda os 600.000 habitantes. Este Hospital caracteriza-se pela existência de duas torres de internamento (com 4 pisos cada). Foi o primeiro Hospital público com gestão privada, cuja actividade teve início em 1995. Actualmente e desde o ano de 2009 passou a ser um Hospital EPE ou seja entidade publica empresarial.

O HOSPITAL é um Hospital Distrital e funciona em articulação com os agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) existentes em ambos os concelhos.

Tem como principal missão prestar cuidados de saúde hospitalares às populações que dele dependem.

De entre outras valências tem um departamento de pediatria constituído por: Cirurgia Pediátrica; Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos / Neonatais e Urgência Pediátrica.

(CARTA DE EQUIPAMENTOS PARA A SAÚDE, 2002).

3 – METODOLOGIA

Nesta secção do trabalho, a fim de proporcionar uma análise e reflexão da temática irei abordar: Material e métodos; tipo de estudo; população em estudo; amostra; critérios de inclusão na amostra; métodos de amostragem; unidades de observação; plano de estudo; fontes de informação; tratamento e análise dos dados e as variáveis em estudo.

3.1 - Material e métodos

Na interpretação dos dados recolhidos será utilizada uma abordagem quantitativa através da base de dados da Triagem. Este tipo de abordagem constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos que permitam delimitar o problema de investigação e assegurar uma representação da realidade (FORTIN, 1999).

3.1.1 – Tipo de estudo

Será utilizado um tipo de estudo descritivo - correlacional. Este tipo de estudo consiste em tentar determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações, ou seja, pretende-se identificar os factores ligados a um fenómeno e permite explorar a existência de relações entre variáveis, podendo dar lugar à formação de hipóteses. Na interpretação de resultados de um tal estudo, o investigador deve ficar-se pela descrição das relações entre variáveis, sem explorar a predição ou a causalidade (FORTIN, 1999).

3.1.2 – População e amostra

A população alvo será constituída por todos os episódios de Urgência Pediátrica dos concelhos de Amadora e Sintra, abrangidos pela área de influência do Hospital Distrital público do qual dependem. A população em estudo serão todos os episódios de urgência do Serviço de Urgência Pediátrica.

A amostra da população em estudo a utilizar será constituída pelos utentes do Serviço de Urgência Pediátrica num período de 6 meses (compreendido entre Julho de 2010 e Janeiro de 2011), constituindo uma amostra não probabilística.

3.1.3 – Critérios de inclusão na amostra

Foram incluídos na amostra:

- Todos os indivíduos idade compreendida entre os 0 dia de vida e 17 anos e 364 dias de idade (idade pediátrica) residentes nos concelhos de Amadora e Sintra que recorreram ao Serviço de Urgência Pediátrica no período compreendido entre Julho de 2010 e Janeiro de 2011;

3.1.4 – Unidades de observação

Foram considerados como unidades de observação todos os episódios de urgência de indivíduos residentes nos concelhos de Amadora e Sintra que satisfazem os critérios de inclusão do estudo, isto é: os indivíduos com idade compreendida entre 0 dia de vida e os 17 anos e 364 dias de idade e que recorreram ao Serviço de Urgência Pediátrica no período compreendido entre Julho de 2010 e Janeiro de 2011;

3.2 – Fontes de informação

Foi escolhido este hospital pelo facto de existir conhecimento empírico por parte da autora em relação ao grande afluxo de indivíduos a este Serviço de Urgência Pediátrica. A utilização dos serviços de urgência por situações não urgentes constitui uma fonte de preocupação a nível mundial. Tal como referido anteriormente este tipo de utilização leva a dificuldades de acesso aos casos de verdadeira emergência e urgência (CARRET, 2007).

Desta forma pretende-se com este trabalho compreender o uso excessivo dos serviços de Urgência Pediátrica como porta de entrada no Sistema de Saúde Português, sendo este um fenómeno observado há várias décadas em Portugal e descrito na literatura.

Após contacto com a chefe deste serviço e verificada a disponibilidade desta perante a temática e os objectivos do estudo, foi elaborado um pedido de autorização para a realização deste. Este pedido foi elaborado em Janeiro de 2011 e dirigido ao departamento de Enfermagem, que posteriormente remeteu para a Gestão de Produção do dito Hospital.

Foi ainda efectuado um requerimento dirigido ao Presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, onde se pretende a obtenção de dados referentes ao agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da grande Lisboa (VII Amadora; VIII Sintra – Mafra; IX Algueirão - Rio de Mouro; X Cacém – Queluz), estes

Centros de Saúde drenam doentes para o Hospital em estudo, pelo que se pretende relacionar a grande afluência de doentes no Serviço de Urgência Pediátrica ao método de funcionamento do agrupamento de Centros de Saúde .

Fontes de informação

Os dados utilizados para este estudo serão totalmente anónimos não sendo consultada nenhuma ficha clínica dos utentes. Estes irão derivar da base de dados de:

- Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital em estudo;
- Informação disponibilizada pela ARS-LVT
- Internet (DGS, MS, INE)

3.3. Variáveis em estudo

Para Santana (1993) a acessibilidade/utilização de serviços de saúde exige uma análise multidimensional, pois como foi referido anteriormente são vários os factores que influenciam a utilização (justificada ou não dos serviços). Desta forma sugere-nos como algumas das variáveis que influenciam a acessibilidade/utilização dos serviços de saúde as seguintes: Relativas à criança – idade; inscrição ou não no Centro de Saúde; Relativas ao acompanhante – parentesco com a criança; grupo social a que pertence; Relativas à acessibilidade ao Hospital – área de residência; distancia percorrida para chegar ao Hospital e meio de transporte utilizado na deslocação; Relativas á utilização do serviço – ida ao Hospital por iniciativa própria ou por referência; motivo da escolha do serviço; percepção da gravidade da doença, nível de satisfação em relação ao atendimento, às instalações e ao tempo de espera.

Para este estudo foram seleccionadas variáveis pessoais, variáveis relativas ao acesso e variáveis relativas à Triagem de Manchester como variáveis primárias. Como variáveis secundárias ou derivadas surgem variáveis relativas ao acesso ao Serviço de Urgência Pediátrica.

3.3.1.Descrição, classificação e operacionalização das variáveis primárias

As variáveis primárias são consideradas como principais do estudo, ou seja são as variáveis que estão incluídas nas hipóteses formuladas anteriormente (POCINHO, 2009).

3.3.1.1.Variáveis pessoais

Idade pediátrica – consiste no período de tempo que decorre entre o nascimento e os 17 anos e 364 dias (idade pediátrica reconhecida actualmente).

Género – diz respeito ao sexo dos indivíduos assumindo a dicotomia feminino ou masculino.

Concelho - identifica o concelho de proveniência dos indivíduos.

Freguesia – identifica a freguesia de proveniência dos indivíduos.

Quadro 22 – Operacionalização das variáveis pessoais da população

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	NOTAÇÃO	ESCALA DE MEDIDA E VALOR	
Idade	Anos decorridos entre o 1º dia de vida e os 17 anos e 365 dias	Idade	Continua	
Género	Género do doente	Género	Nominal:	0 – Masculino 1 – Feminino
Concelho	Concelho de residência	Concelho	Nominal:	0 – Amadora 1 – Sintra
Freguesia	Local onde o doente reside no momento da colheita de dados	Freguesias do Concelho de Amadora	Nominal:	0 - Alfragide 1 – Venda Nova 2 – Brandoa 3 – Damaia 4 – Falagueira 5 – Reboleira 6 – Buraca 7 – Venteira 8 – São Brás 9 – Alfozinhos 10 - Mina
		Freguesias do Concelho de Sintra	Nominal:	11 - Colares 12 - São João das Lampas 13 - São Martinho 14 - Terrugem 15 - Santa Maria 16 - São Pedro 17 - Rio de Mouro 18 - Algueirão - Mem Martins 19 - Pêro Pinheiro 20 - Montelavar 21 - Almargem do Bispo 22 - Belas 23 - Aqualva 24- Casal de Cambra 25 - Mira Sintra 26 – Cacém 27 - São Marcos 28 - Monte Abraão 29 - Massamá 30 - Queluz

3.3.1.2.Variáveis relativas ao acesso

Dia da semana / mês – a análise do número de inscrições consoante o dia da semana e mês permite verificar a tendência de recurso à Urgência Pediátrica.

Hora de acesso – a análise do número de inscrições ao longo das 24 horas permite compreender os períodos de afluência e relaciona-los com os horários de funcionamento dos cuidados primários existentes nas freguesias dos utentes.

Referenciação por parte do Centro de Saúde, médico assistente ou saúde 24 – Com indicação para recorrer ao Serviço de Urgência Pediátrica

Quadro 23 - Operacionalização das variáveis relativas ao acesso

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	NOTAÇÃO	ESCALA DE MEDIDA E VALOR	
Dia de acesso	Acesso ao Serviço de Urgência Pediátrica	Dia de acesso semana	Nominal Todos os dias da semana	0 – Segunda - Feira 1 – Terça -Feira 2 – Quarta – Feira 3 – Quinta - Feira 4 – Sexta - Feira 5 – Sábado 6 - Domingo
Mês de acesso	Acesso ao Serviço de Urgência Pediátrica	Mês de acesso	Nominal Todos os meses definidos para este estudo	0 – Julho 1 – Agosto 2 – Setembro 3 – Outubro 4 – Novembro 5 – Dezembro 6 – Janeiro
Hora de acesso	Acesso ao serviço de Urgência Pediátrica	Hora de acesso ao longo de 24 hora	Ordinal	0 – <8h 1 – 8h-20h 2 –>20h
Referenciação	Referenciação de instituição de saúde	Referenciação	Nominal	0 – É referenciado 1 – Não é referenciado

3.3.1.3.Variáveis relativas à Triagem de Manchester

Prioridade da Triagem de Manchester – estabelece uma prioridade clínica consoante a sintomatologia apresentada pelo utente, consoante discriminadores gerais e específicos, permitindo a identificação de critérios de gravidade de forma objectiva e Sistematizada que irão indicar a prioridade clínica de atendimento. Este processo efectua-se mediante a classificação do utente numa de seis categorias identificadas por cores às quais corresponde uma prioridade de atendimento:

- Branco – Não urgente, utiliza-se para actividade de saúde programada, (existente apenas em Portugal);
- Azul – Não urgente;

- Verde – Pouco urgente;
- Amarelo – Urgente;
- Laranja – Muito urgente;
- Vermelho – Atendimento emergente.

Quadro 24 – Operacionalização das variáveis da Triagem de Manchester

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	NOTAÇÃO	ESCALA DE MEDIDA E VALOR
Prioridade de Triagem de Manchester	Prioridade atribuída na Triagem	Cor atribuída	Nominal 0 – Cor Branca 1 – Cor Azul 2 – Cor Verde 3 – Cor Amarela 4 – Cor Laranja 5 – Cor Vermelho

3.3.2.Descrição, classificação e operacionalização das variáveis secundárias

As variáveis secundárias ou derivadas são importantes para avaliar a situação em estudo, são novas variáveis que são criadas a partir de operações lógicas ou matemáticas sobre as variáveis primárias existentes (Pocinho, 2009).

3.3.2.1.Descrição das variáveis de Acesso ao Serviço de Urgência Pediátrica

Acesso injustificado – Todos os doentes que recorrem ao serviço de urgência e cujo motivo de recorrência é considerado não urgente ou pouco urgente. São consideradas assim: a cor azul não referenciada e a cor verde não referenciada.

Acesso justificado – Doentes verdadeiramente urgentes e os carentes de cuidados emergentes qualificados. Doentes referenciados por razões administrativas, razões clínicas ou por indicação de autoridade policial para detecção de drogas ou álcool. São consideradas assim: a Cor branca (são sempre referenciados), a cor azul referenciada, a cor verde referenciada, a cor amarela, a cor laranja e a cor vermelha.

Cor branca – Não urgente, utiliza-se para actividade de saúde programada, ou seja referenciado pelo médico assistente ao Serviço de Urgência Pediátrica (existente apenas em Portugal)

Cor azul não referenciada – Doentes que não apresentam critérios clínicos para recorrer ao serviço de urgência, poderiam ter recorrido aos cuidados de saúde primários

Cor verde não referenciado – Doentes que não apresentam critérios clínicos para recorrer ao serviço de urgência, poderiam ter recorrido aos cuidados de saúde primários no entanto recorrem por iniciativa própria ao Serviço de Urgência Pediátrica.

Cor azul referenciada – é atribuída a doentes que são portadores de carta de referenciação elaborada por parte do médico assistente ou do Centro de Saúde com indicação para o doente recorrer ao serviço de urgência. Cujo problema de saúde não é recente, ou seja o tempo decorrido entre o aparecimento do problema e a procura de assistência é superior a uma semana.

Cor verde referenciada – é atribuída a doentes portadores de indicação clínica para recorrer ao Serviço de Urgência Pediátrica por parte do médico assistente, ou Centro de Saúde, ou saúde 24.

Cor amarela – Urgente

Cor Laranja – Muito urgente

Cor Vermelha – Emergente

Quadro 25 - Operacionalização das variáveis de Acesso ao Serviço de Urgência Pediátrica

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	NOTAÇÃO	ESCALA DE MEDIDA E VALOR	
Acesso	Acesso ao Serviço de Urgência Pediátrica	Utilização do Serviço de Urgência Pediátrica (Todos os casos)	Nominal	0 – Injustificada 1 – Justificada
Acesso Injustificado (Não urgente)	Acesso Injustificado ao Serviço de Urgência Pediátrica	Todos os não urgentes sem referenciação	Nominal	0 – Não urgente (Cor azul não referenciado) 1 – Não Urgente (Cor verde não referenciado)
Acesso Justificado (Todos os episódios)	Acesso justificado ao Serviço de Urgência Pediátrica	Todos os casos Referenciados ou com prioridade de Triagem urgente, muito urgente ou emergente	Nominal	0 – Branco (Cor Branca) 1 – Não urgente (Cor azul referenciado) 2 – Não urgente (Cor verde referenciado) 3 – Urgente (Cor amarela) 4 – Muito urgente (Cor Laranja) 5 – Emergente (Cor Vermelha)

3.4. Tratamento e análise dos dados

Pretendem-se analisar as seguintes variáveis: a idade; o género; a prioridade de atendimento atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester; o concelho e freguesia de residência dos indivíduos; a referenciação hospitalar por parte dos Centros de Saúde ou Saúde 24; o dia do mês e da semana; a hora de entrada no Serviço de Urgência Pediátrica.

Serão ainda caracterizados os recursos de saúde a nível dos cuidados de saúde primários que pertencem aos concelhos abrangidos pelo Hospital Distrital em estudo através de informação da ARS-LVT e do sítio do Ministério da Saúde

O tratamento estatístico dos dados obtidos será efectuado através do programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18. Para este estudo em análise foi escolhido um nível de significância de 5%.

Análise dos dados

Os dados recolhidos serão abordados numa perspectiva quantitativa. A estatística é a ciência que permite organizar, avaliar, interpretar e estruturar a informação numérica medida num determinado número de sujeitos, utilizando uma abordagem quantitativa. Este tipo de abordagem constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos que permitem delimitar o problema de investigação e assegurar uma representação da realidade (FORTIN, 1999).

O tratamento de dados e a sua interpretação foi precedido pela importação da base de dados Excel para SPSS, posteriormente procedeu-se à codificação das 18 variáveis em estudo, cada uma com 36932 episódios (Anexo III).

Numa primeira abordagem recorreu-se estatística descritiva quanto à caracterização da população em estudo, em relação às variáveis pessoais foram calculadas distribuição de frequências e construídos diagramas de barras simples e diagramas de sectores circulares. Em relação à idade pediátrica (variável pessoal) foram calculadas as seguintes medidas de tendência central: média, mediana, desvio padrão e variância.

Para as variáveis relativas ao acesso do serviço de Urgência Pediátrica e as variáveis relativas à triagem de Manchester, foram de igual forma calculadas as distribuições de

frequências e representadas graficamente (diagramas de barras simples e diagramas de sectores circulares).

Em relação à análise inferencial dos dados, para se verificar a independência entre as variáveis recorreu-se a testes de independência do Qui-Quadrado (χ^2), dado a escala de medida das variáveis ser maioritariamente qualitativa. O teste de independência do Qui-Quadrado (χ^2) permite averiguar se duas variáveis estão relacionadas, isto é, permite analisar a relação de independência entre variáveis qualitativas informando, apenas, se há ou não relação entre elas. As hipóteses do teste de independência são:

- H0 (hipótese nula): as variáveis são independentes;
- H1 (hipótese alternativa): existe relação entre as variáveis.

4.RESULTADOS

Este capítulo irá dividir-se em 2 partes: Análise descritiva dos dados e Análise inferencial dos dados.

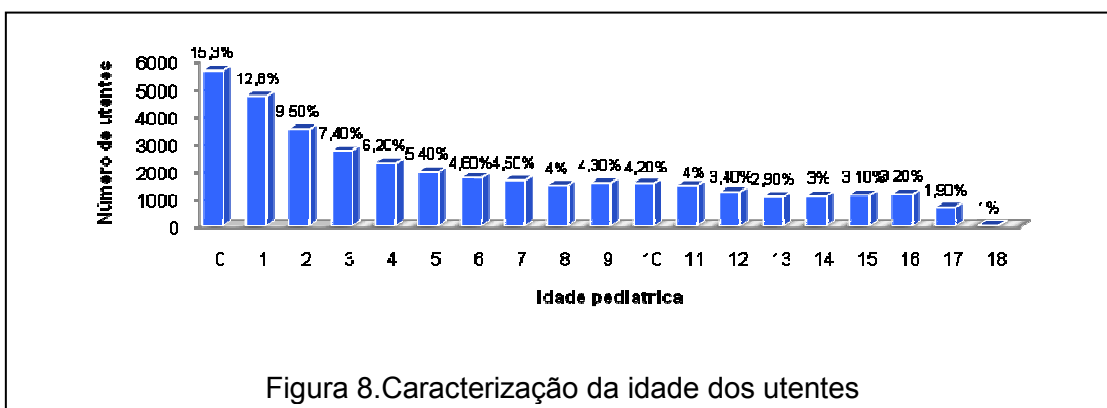
4.1.Análise descritiva dos dados

Dos 36938 episódios de Urgência Pediátrica que recorreram ao Hospital em estudo, e ocorridos desde Julho de 2010 e Janeiro de 2011 foram considerados para esta análise 36932, a exclusão destes 6 casos deve-se ao facto destes não se encontrarem dentro do intervalo de idades estipulado, não cumprindo os critérios de inclusão no estudo, pois ultrapassam os 18 anos de idade.

4.1.2.Caracterização da população em estudo – variáveis pessoais

Idade pediátrica

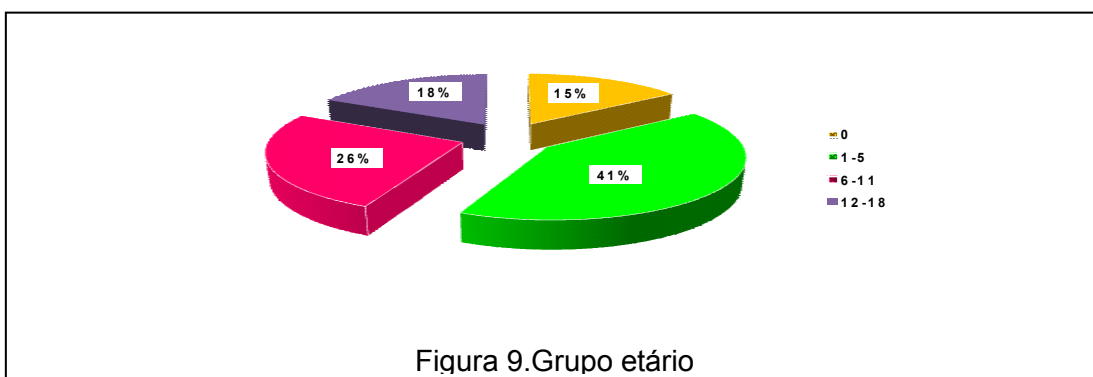
Na figura 8 pode verificar-se que, individualmente, o grupo de idade pré-escolar concorre com maior número de doentes. A idade média dos utentes é de 5,73 anos, variando as idades entre os 0 anos e os 18 anos, a moda é de 0 anos e a mediana de 4 anos. A variância é de 25,972 e o desvio padrão de 5,096.



Desta forma podemos admitir que a afluência é maior até ao 1ºano de vida, diminuindo progressivamente nos anos seguintes.

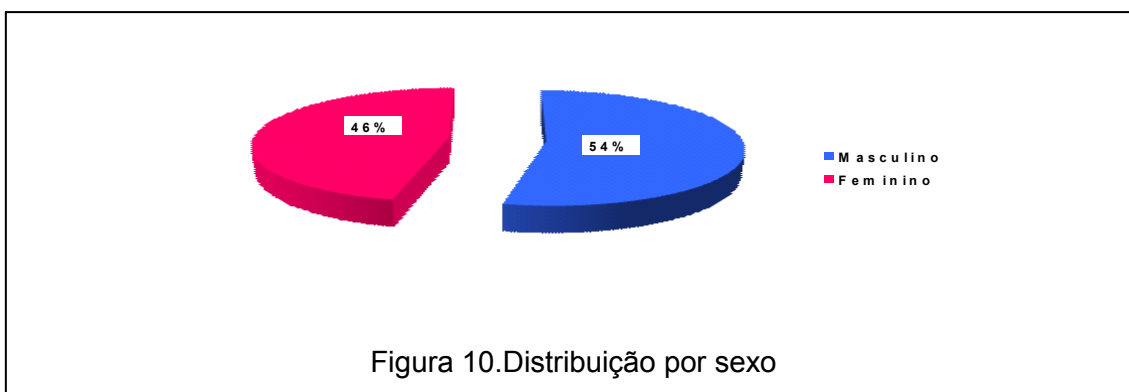
Grupo etário

Quando dividimos a população por grupos etários constatamos que 15273 (41,3%) episódios dizem respeito a utentes com idades compreendidas entre o 1 ano e 5 anos de idade; 9547(26%) episódios situam-se na faixa etária entre os 6 anos e os 11 anos de idade; 6441 (18%) episódios referem-se a adolescentes com idades compreendidas entre os 12 anos e os 18 anos de idade; apenas 5668 (15%) dos episódios dizem respeito a utentes muito jovens com idades compreendidas entre os 0 dias de vida e os 12 meses (Figura 9).



Género - Distribuição por sexos

Dos 36932 doentes incluídos neste estudo, 19797 (53,6%) são do sexo masculino e 17135 (46,4%) são do sexo feminino, verificando-se um ligeiro predomínio do sexo masculino (Figura 10).



Naturalidade

Quanto à naturalidade verifica-se que dos 36932 utentes, 35201 utentes (95,3%) são de nacionalidade Portuguesa, 524 utentes (1,4%) de nacionalidade Brasileira e 1207 utentes são provenientes de 40 países distribuídos pelos 5 continentes (Figura 11).

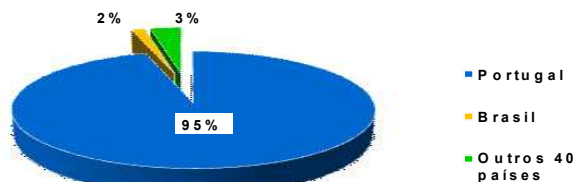


Figura 11.Naturalidade dos utentes

Concelho de residência

Na figura 12 podemos observar a distribuição dos utentes consoante o concelho de residência. Aparentemente é notória uma maior afluência de utentes do concelho de Sintra, 22443 utentes representando 61% do total de utentes que recorrem ao serviço de urgência. Os utentes do concelho de Amadora representam 12519 utentes, 34% do total da amostra. Uma percentagem de 5% correspondendo 1970 utentes diz respeito a utentes de outros concelhos do país e que recorreram ao Serviço de Urgência Pediátrica neste período de tempo.

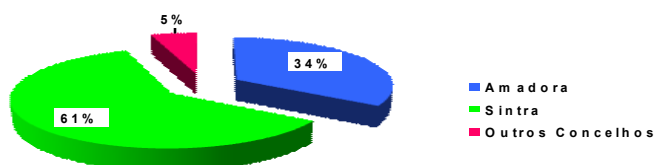


Figura 12.Concelho de residência

No entanto se relacionarmos o número de residentes em ambos os concelhos com a utilização do Serviço de Urgência Pediátrica verificamos que proporcionalmente os utentes do Concelho de Amadora recorrem mais à Urgência do que os utentes do concelho de Sintra, respectivamente com 7,48% e com 5,9% episódios de urgência (Quadro 26).

Quadro 26. Proporção de utilização do serviço de urgência por concelho

Concelhos	População residente	Nº de episódios de urgência	Proporção de utilização
Sintra	377249	22443	5,9%
Amadora	167199	12519	7,48%

Freguesia de residência

Após a análise da freguesia de residência dos utentes que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital em estudo constatou-se que 12 das 32 freguesias estudadas apresentam uma afluência de utentes superior a 1500 indivíduos no período estudado (Figura 13).

Verifica-se que a maior afluência de utentes (superior a 1500 utentes no período estudado) diz respeito a moradores das seguintes freguesias: 3670 (9,9%) utentes são provenientes da freguesia de Algueirão Mem Martins; 3034 (8,2%) utentes são provenientes da freguesia de Rio de Mouro; 2944 (8%) utentes são provenientes da freguesia de Aqualva; 2405 (6,5%) utentes são provenientes da

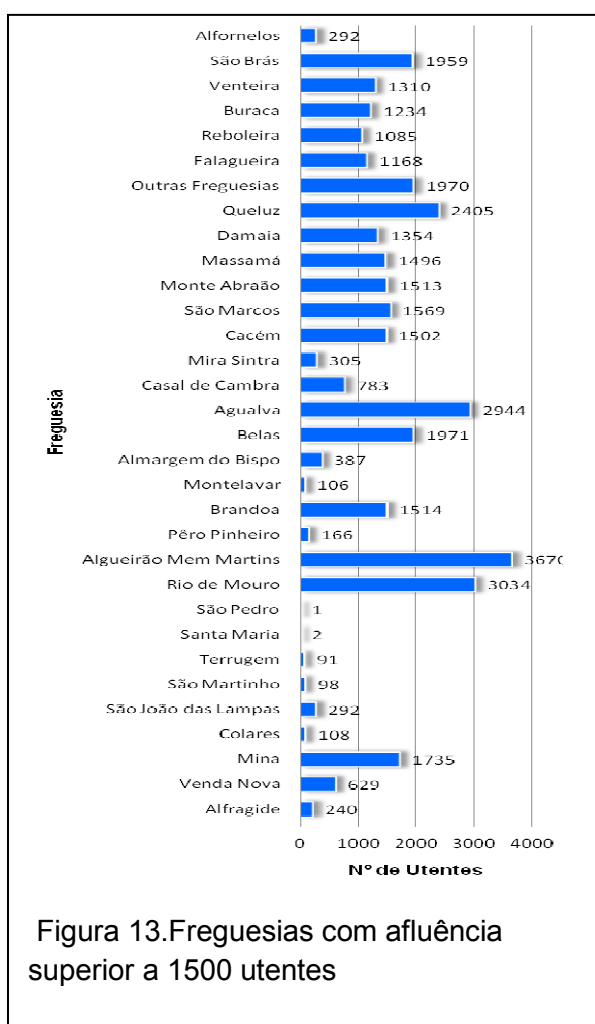


Figura 13. Freguesias com afluência superior a 1500 utentes

freguesia de Queluz; 1971 (5,3%) utentes são provenientes da freguesia de Belas; 1621 (5,3%) utentes são provenientes de outras freguesias fora dos concelhos abrangidos pelo hospital em estudo; 1969 (5,3%) utentes são provenientes da

freguesia de São Brás; 1735 (4,7%) utentes são provenientes da freguesia de Mina; 1569 (4,2%) utentes são provenientes da freguesia de São Marcos; 1514 (4,1%) utentes são provenientes da freguesia de Brandoa; 1502 (4,1%) utentes são provenientes da freguesia de Cacém.

No entanto se analisarmos proporcionalmente o número de episódios com o número de população residente em cada uma das freguesias representadas na figura 13, constatamos que as freguesias de Mina (9,6%), São Marcos (9,1%) e Queluz (9,2%) são as freguesias que apresentam mais utentes a recorrer ao Serviço de Urgência Pediátrica no período estudado (Quadro 27). Esta divergência de resultados derivam do facto de apesar na figura nº13 a maior afluência de utentes pertencer às freguesias de Algueirão Mem Martins, Agualva, Rio de Mouro e Queluz, estas freguesias são as que apresentam o maior número de residentes.

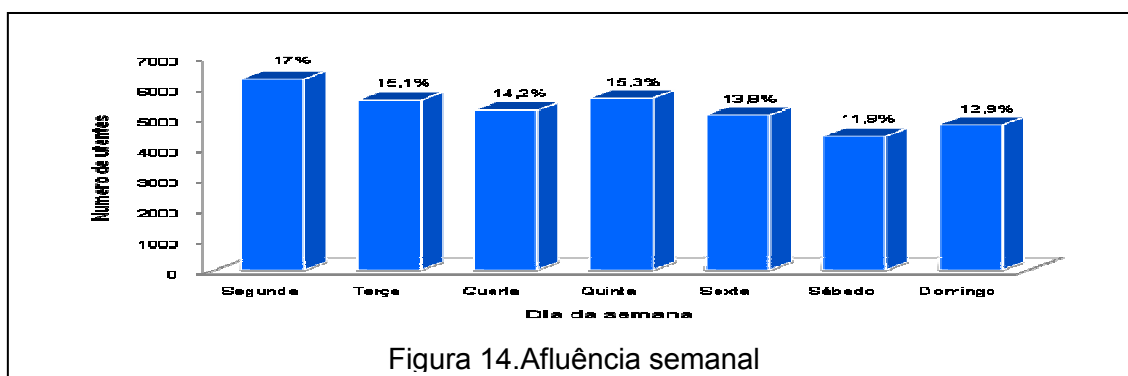
Quadro 27. Utilização do serviço de Urgência Pediátrica por Freguesia

Freguesias	Nº episódios urgência	Nº residentes	Proporção de utilização
Queluz	2405	25982	9,25%
Massamá	1496	28048	5,33%
Monte Abraão	1512	20673	7,31%
São Marcos	1569	17187	9,12%
Cacém	1502	21332	7,5%
Mira Sintra	305	5052	7,2%
Casal de Cambra	783	12719	6,2%
Agualva	2945	35619	8,2
Belas	1971	26393	7,4%
Almargem do Bispo	387	9043	3,7%
Montelavar	106	3544	2,9%
Pêro Pinheiro	166	4244	3,9%
Algueirão - Mem Martins	3670	66318	5,5%
Rio de Mouro	3034	47417	6,3%
São Pedro e Santa Maria	352	9342	3,7%
Terrugem	91	5145	1,7%
São Martinho	98	6282	1,5%
São João das Lampas	292	11397	2,5%
Colares	108	7628	1,4%
Mina	1735	18030	9,6%
Alfornelos	292	10411	2,8%
São Brás	1959	26224	7,4%
Venteira	1310	18750	6,9%
Buraca	1233	16295	7,5%
Reboleira	1085	14405	7,5%
Falagueira	1168	14572	8%
Damaia	1354	20945	6,4%
Brandoa	1514	17732	8,5%
Venda Nova	629	8359	7,5%
Alfragide	240	9835	2,4%

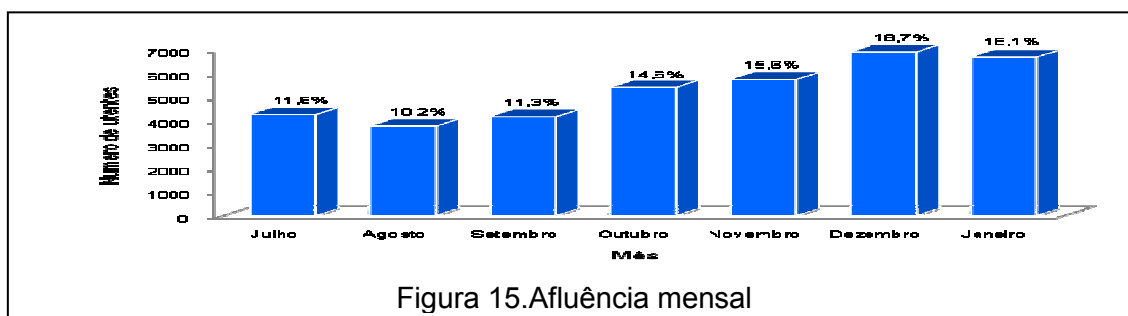
4.1.3. Variáveis relativas ao acesso do Serviço de Urgência Pediátrica

Análise da afluência ao Serviço de Urgência Pediátrica

Na figura nº14 podemos verificar que a 2ª feira com 17% dos episódios de urgência apresenta-se como sendo o dia de maior afluência, ocorrendo um decréscimo progressivo até 4ª feira, com 15,3% dos casos e progressivamente até domingo.



A afluência mensal (Figura 15) mais elevada ao longo de período estudado verifica-se em Dezembro, com 18,7% e mês de Janeiro com 18,1% dos episódios de urgência.



Afluência horária

A figura 16 resume a afluência global dos utentes ao longo de 3 períodos diários. Quase 75% das crianças recorreu ao serviço de urgência dentro do período de funcionamento dos Centros de Saúde. Verificando-se maior afluência horária entre as

8h e as 20h. Correspondendo a afluência neste periodo a 27267 utentes (74%); no periodo compreendido entre as 20:01h e as 7:59h verifica-se uma afluência de 9665 utentes (26%).

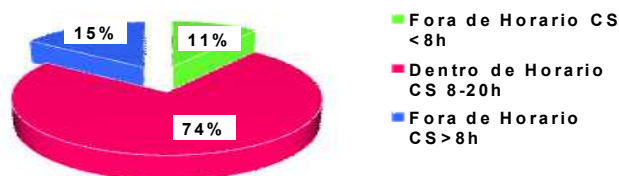


Figura 16. Horário de maior afluência

Referenciação por parte do Centro de Saúde, médico assistente ou saúde 24

Quando analisamos os dados acerca da referenciação hospitalar (Figura 17) podemos constatar que 33240 utentes (90%) não são referenciados ao serviço de urgência, 3606 utentes (9,8%) são referenciados do Centro de Saúde, médico assistente ou saúde 24. Surgem 86 utentes que são classificados pelos serviços administrativos como sendo erro de urgência.

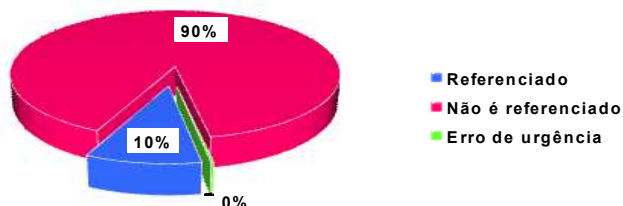


Figura 17. Referenciação Hospitalar

4.1.4. Variáveis relativas a Triagem de Manchester

Prioridade de atendimento

No que diz respeito à análise da afluência através do Sistema de Triagem de Manchester (Figura 18), dos 36932 utentes, 20276 (54,9%) foram considerados como

não urgentes, 7379 (20,1%) foram considerados urgentes, 7049 (19,1%) foram considerados como muito urgentes, 1868 (5,1%) são triados a cor branca; 124 (0,3%) são casos emergentes. Na análise desta variável não foram tidos em conta 167 casos por serem *missing values* aos quais não foi atribuída qualquer prioridade.

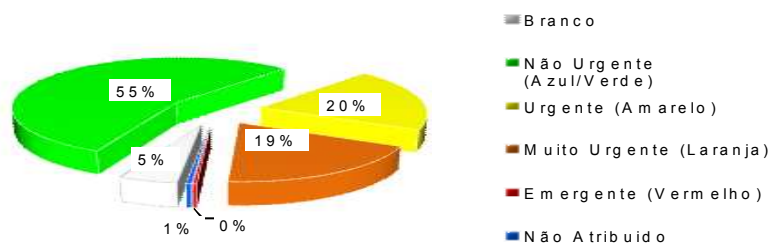


Figura 18. Prioridade de atendimento

Tipo de Saída do Serviço de Urgência Pediátrica

Ao observarmos a figura 19 podemos verificar que 88,8% dos episódios de urgência são encaminhados após a alta clínica para o Centro de Saúde. Esta percentagem corresponde a 32779 utentes da amostra estudada. 4,8% (1784 utentes) saem para o serviço de internamento; 3,5% (1268 utentes) são referenciados para a consulta externa.

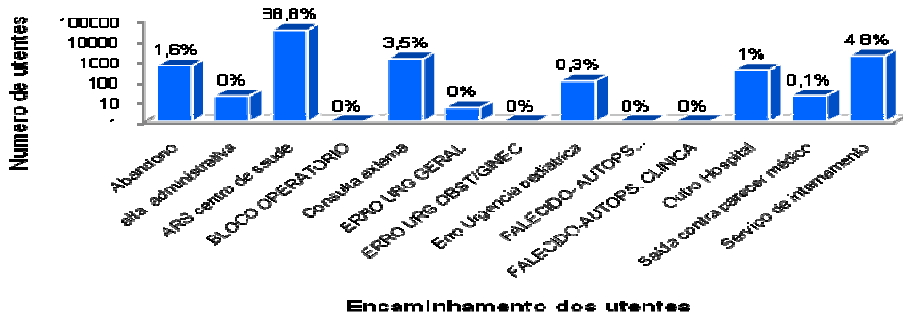
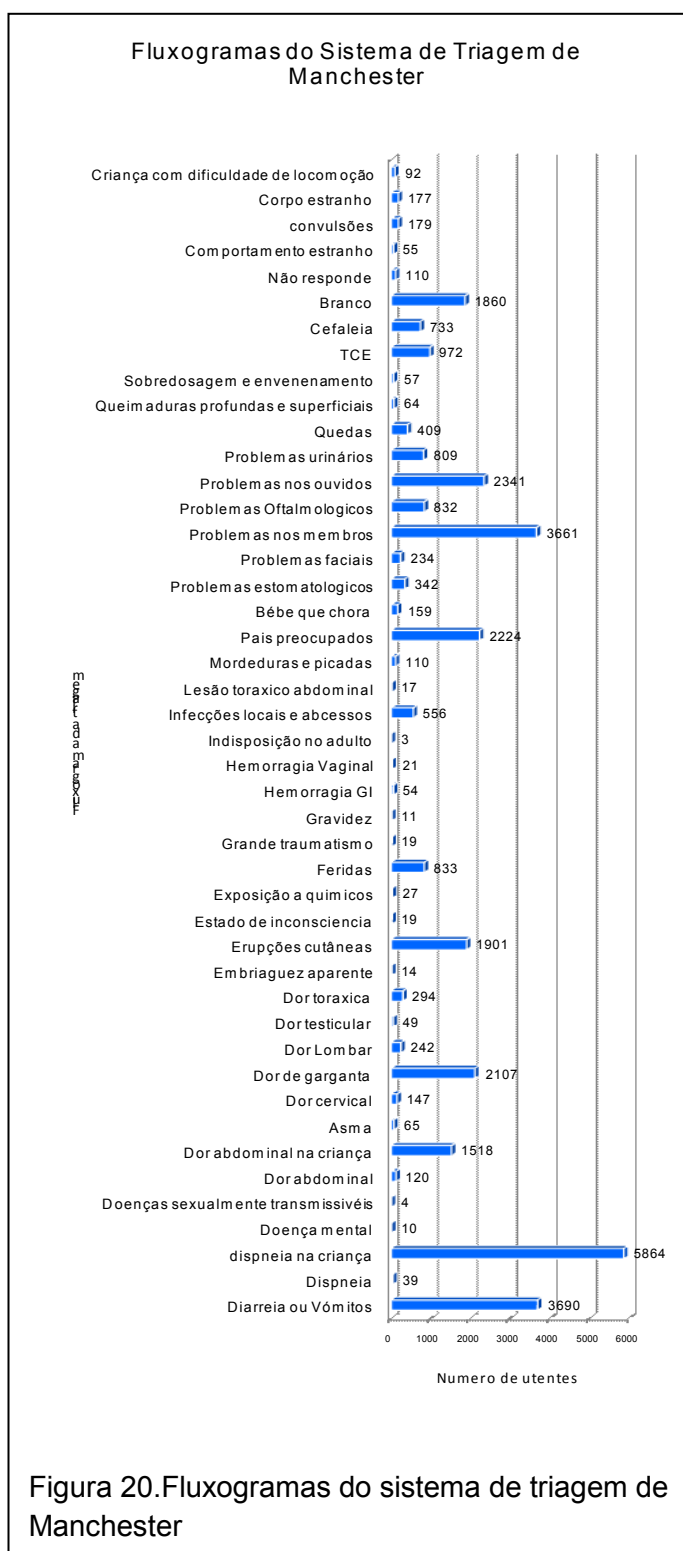


Figura 19. Tipo de saída do serviço de urgência pediátrica

Fluxograma mais utilizado na Triagem de Manchester

Dos 52 fluxogramas que constituem o Sistema de Triagem de Manchester estão representados 46 na figura nº20. Estes 46 foram os mais utilizados no período estudado. É de salientar os fluxogramas que representam mais de 1000 utentes como: a prioridade branca com 1860 utentes (5%); Problemas de ouvidos com 2341 utentes (6,3%); Problemas dos membros 3661 utentes (9,9%); Pais preocupados 2224 utentes (6%); Erupções cutâneas 1901 utentes (5,1%); Dor de garganta 2107 utentes (5,7%); Dor abdominal na criança 1518 utentes (4,1%); Diarreia ou vômitos 3690 utentes (10%); e o mais utilizado Dispneia na criança com 5864 utentes (15,9%).



4.2. Análise inferencial dos dados

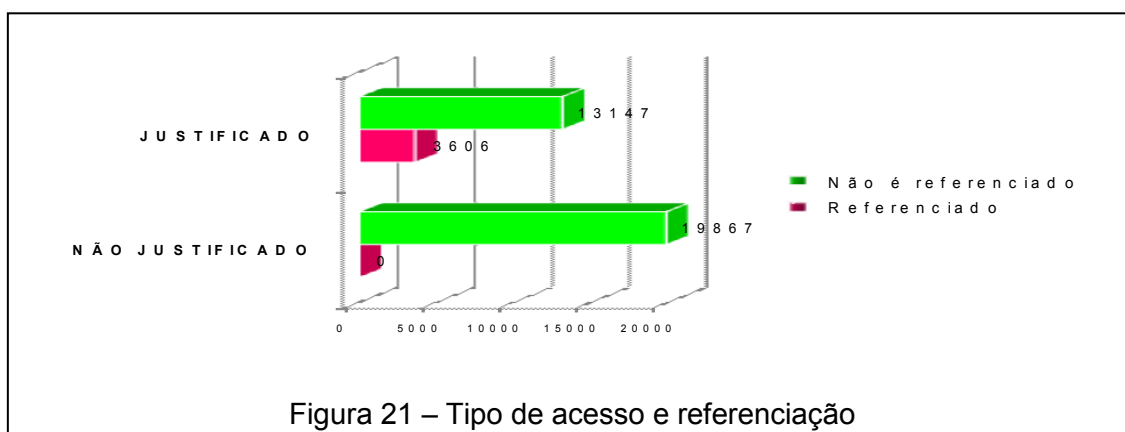
De seguida será efectuada a análise inferencial dos dados e sua respectiva interpretação. Todos os outputs desta análise fornecidos pelo SPSS estão representados no anexo IV.

Para verificar se as variáveis são independentes ou não nas hipóteses: H1, H2, H3, e H4, utilizou-se o teste da independência do χ^2 .

H0 – Existe utilização injustificada por parte dos utentes do Serviço de Urgência Pediátrica?

Em relação a esta hipótese constata-se que 19867 utentes (54,3%) da população estudada, utiliza de forma indevida o serviço de urgência no período de tempo estudado, e que 45,7% dos utentes utilizam de forma considerada justificada o serviço em estudo.

Foram encontrados 8% de *missing Values* (310 episódios).

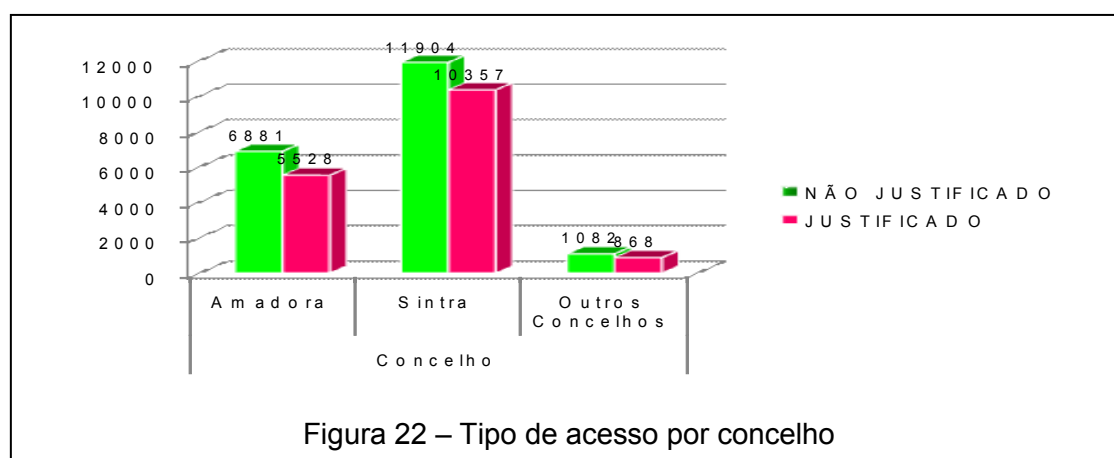


Verificou-se que 13147 (35,9%) utentes recorreram ao serviço de urgência sem referência no entanto através dos critérios de triagem de Manchester, a sua recorrência ao serviço de urgência foi considerada justificada. 3606 (9,8%) Utentes foram referenciados por entidade competente de saúde; 19867 utentes recorreram sem qualquer referência, e foram considerados acessos injustificados pelo sistema de triagem de Manchester, posteriormente e após consulta médica forem encaminhados para a ARS-CS.

H1 – Existem diferenças de utilização do Serviço de Urgência Pediátrica consoante o concelho de residência dos utentes?

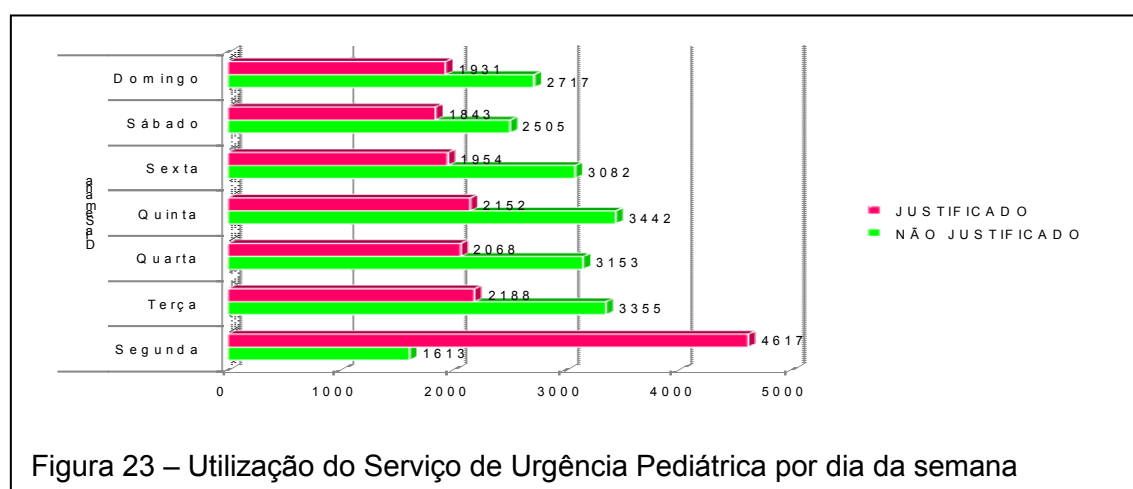
De acordo os resultados, verifica-se que a utilização do serviço de urgência depende do concelho de residência dos utentes ($p=0,001$). Podemos verificar que existem diferenças significativas de utilização entre ambos os concelhos.

Em relação ao número de episódios não justificado podemos verificar que o concelho de Sintra apresenta 59,9% dos episódios de urgência considerados injustificados, o concelho de Amadora apresenta 34,6% de episódios não justificados, outros concelhos cujos residentes recorrem a este Hospital representam 5,44% (Figura 22).



H2 – Existe diferença significativa entre o dia da semana e o acesso injustificado?

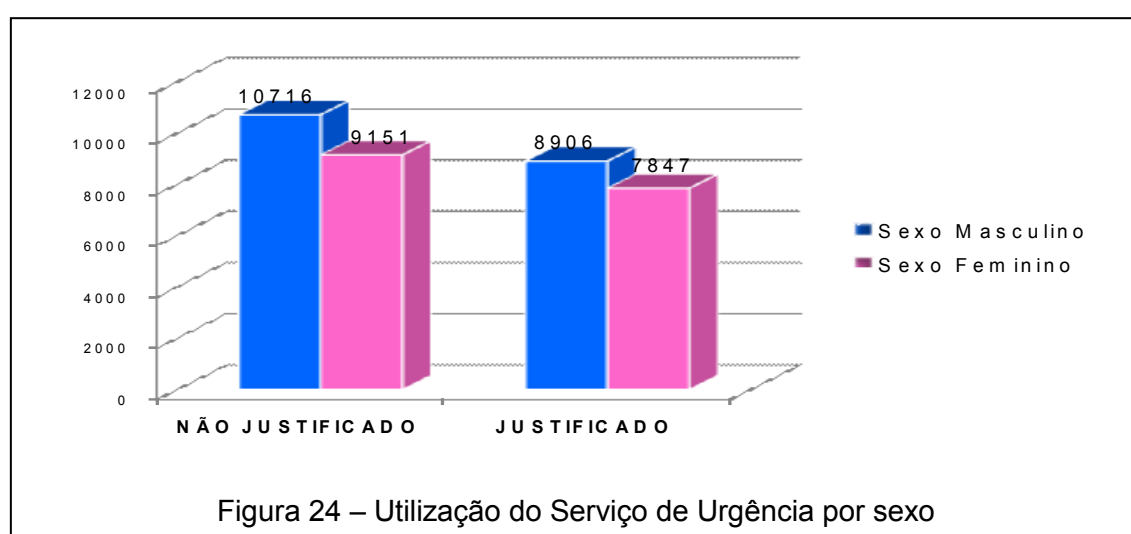
De acordo com os resultados obtidos existe evidência de relação entre o dia da semana e o acesso injustificado ($p < 0,001$).



Ao observarmos a Figura 23 podemos constatar que a quinta-feira se apresenta como sendo o dia com mais episódios injustificados (17,3%), seguindo-se a terça-feira com 16,8%, quarta-feira com 15,8%, sexta-feira com 15,5%, sábado com 12,6% e o domingo e segunda-feira apresentam 8,1% dos episódios não justificados.

H3 – Será que existe diferença significativa da recorrência injustificada ao serviço de urgência entre os diferentes géneros?

Atendendo aos resultados observados podemos dizer que a recorrência injustificada ao serviço de urgência não depende do género ($p=0,137$).



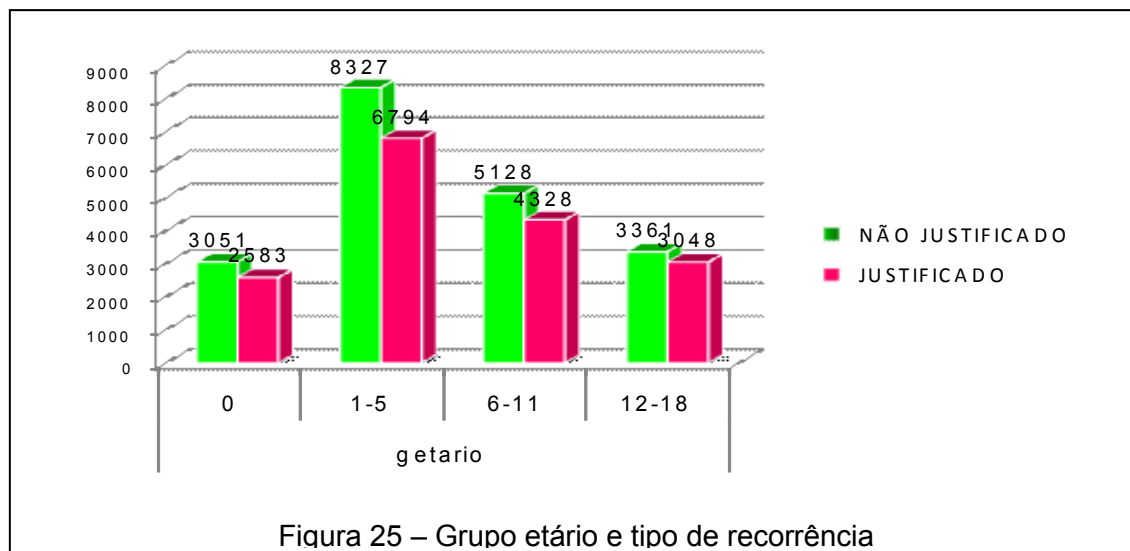
Ao observarmos a Figura 24 podemos constatar que 10716 episódios (53,9%) que não justificados são de utentes do sexo masculino, 9151 (46,6%) dos episódios correspondem a utentes do sexo feminino.

H4 – Será que existe relação entre o grupo etário e a recorrência injustificada ao Serviço de Urgência Pediátrica?

Com um $p=0,006$, existe relação entre o grupo etário e a recorrência justificada, sendo estatisticamente significativa.

Se observarmos a Figura 25 observamos que a faixa etária de 1 a 5 anos de idade representa 41,9% dos episódios não justificados, seguida da faixa etária de 6 a 11 anos com 25,8%, a faixa etária de 12 a 18 anos 16,9% e por fim a faixa etária dos 0

dias de vida aos 12 meses de idade corresponde a 15,35% dos episódios injustificados.



5 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A discussão corresponde à parte do relatório de investigação onde se interpretam resultados tendo como base as questões e hipóteses formuladas e estabelecendo comparações entre resultados do estudo e outros estudos relacionados com o quadro conceptual elaborado (FORTIN, 1999).

Este estudo pretendeu caracterizar e compreender a afluência indevida ao serviço de Urgência Pediátrica num hospital da área metropolitana de Lisboa, através da análise de todos os episódios da urgência considerados não urgentes pelo sistema de triagem de Manchester. A discussão dos resultados teve em conta a base de dados constituída por todos os episódios de Urgência Pediátrica ocorridos num período de 6 meses.

Numa primeira fase da apresentação dos resultados procedeu-se à caracterização da população em termo de idade pediátrica, grupo etário, género, naturalidade, concelho de residência, freguesia de residência. Num total de 36932 episódios ocorridos no período de tempo referido anteriormente.

Verificou-se que em relação à idade o grupo etário mais representativo foi o dos utentes com idades compreendidas entre 1 ano e 5 anos de idade (41%), seguindo-se a faixa etária dos 6 aos 11 anos (26%), sendo que o grupo etário menos representativo em termos de idade é o dos 0 dias de vida aos 12 meses (15%).

No entanto se analisarmos os dados individualmente constatamos que a maior afluência ocorre nos primeiros 12 meses de vida com 15,5% dos casos. A idade média dos utentes é de 5,73 anos.

Em relação ao género a maioria dos utentes é do sexo masculino (53,6%), correspondendo 46,4% ao sexo feminino.

Quanto à nacionalidade dos utentes que recorrem a este serviço de urgência verificou-se que 95,3% são de nacionalidade Portuguesa, 1,4% de nacionalidade Brasileira e 3% são provenientes de outros 40 países distribuído pelos 5 continentes.

Machado (2007) refere que apesar de a maior percentagem de utentes do Hospital estudado ter nacionalidade portuguesa existe uma grande quantidade de descendentes de cidadãos estrangeiros que emigraram para Portugal recentemente, pois a proporção de imigrantes nos concelhos de Amadora e Sintra atinge o valor mais

elevado do país. Segundo a autora estas famílias de imigrantes são mais privadas sócio e materialmente levando a uma maior fragilidade e vulnerabilidade em termos de resultados em termos de saúde, recorrendo estas de forma mais indevida e indiscriminada aos serviços de Urgência Pediátrica.

Para Grassino (2009), Itália, a população imigrante não utiliza mais os serviços de Urgência Pediátrica do que as crianças italianas. Ambos recorrem com problemas não urgentes com semelhante frequência.

Dos dois concelhos abrangidos pelo Hospital em estudo verificou-se que 61% da população estudada residem no concelho de Sintra, 34% no concelho da Amadora e 5% dos utentes dizem respeito a outros concelhos do país que recorreram a este serviço de urgência no período de tempo contemplado. Aparentemente o concelho de Sintra recorre mais ao Hospital estudado, no entanto se analisarmos esta recorrência proporcionalmente ao número de residentes em ambos os concelhos podemos verificar que os utentes do concelho de Amadora recorrem mais ao hospital com 7,48%, enquanto o concelho de Sintra apresenta uma proporção de utilização de 5,9%.

De acordo com a frequência de utilização nas freguesias consideradas, a maioria dos utentes residem na freguesia de Algueirão – Mem Martins (9,9%), seguindo-se as freguesias de Rio de Mouro e Agualva com 8,2% e 8% respectivamente. A freguesia menos representativa foi a freguesia de Cacém com 4,1% de utentes.

Ao analisarmos a afluência ao SUP tendo em conta o número de residentes em cada freguesia constatamos que os resultados encontrados divergem dos anteriores pois surgem como freguesias que mais recorrem ao SUP as freguesias de: Mina com 9,6%; São Marcos com 9,1%; e Queluz com 9,2%. Desta forma constatamos que são estas três freguesias que apresentam mais utentes a recorrer ao SUP no período estudado.

Este resultado está em linha com os resultados obtidos por MELO (1999), este constatou que em Coimbra (Portugal) a procura de cuidados de saúde em serviços de Urgência Pediátrica é muitas vezes motivada pela proximidade das várias freguesias ao hospital.

Numa segunda fase procedeu-se à análise das variáveis relativas ao acesso do serviço de Urgência Pediátrica (análise semanal, mensal, afluência horária e referenciação por parte de entidade de saúde competente).

Verificou-se que a segunda-feira é o dia da semana com mais episódios, ocorrendo um decréscimo progressivo ao longo dos restantes dias. Quando analisamos a afluência mensal constata-se que os meses de Dezembro e Janeiro foram os que apresentaram maior afluência com 18,7% e 18,1% respectivamente.

Em relação ao horário de maior afluência verificou-se que este coincide com o horário de funcionamento dos cuidados de saúde primários de ambos os concelhos, correspondendo a 75% dos episódios de urgência observados.

Foi constatado que 90% dos utentes que recorrem a este serviço não foram referenciados por entidade de saúde competente.

CALDEIRA (2003), num estudo efectuado num hospital de apoio Perinatal na região do grande Porto (Portugal), verificou uma elevada proporção de situações não urgentes, evidenciando a necessidade de um reforço a nível dos cuidados de saúde primários, sugerindo médicos pediatras para apoio em ambulatório, assim como mais campanhas de sensibilização para a saúde com ênfase na utilização dos cuidados de saúde primários.

Na terceira fase, relativa às variáveis da triagem de Manchester (prioridade de atendimento, tipo de saída do serviço de urgência e fluxogramas da triagem), verificamos que a maioria dos episódios foi considerada não urgente (54,9%), seguindo-se os urgentes com 20,1%, e 19,1% foram considerados muito urgentes. Isto reflecte o tipo de saída do serviço de urgência em que 88,8% dos episódios são encaminhados após alta clínica para o Centro de Saúde da sua área de residência, apenas 4,8% são internados, e 3,5% referenciados para a consulta externa. Relativamente aos fluxogramas constata-se que a maioria dos episódios diz respeito ao fluxograma da dispneia com 15,9%, seguindo-se os problemas dos membros com 9,9%, sendo o menos representativo a dor abdominal na criança com 4,1%.

Numa quarta fase foi efectuada a análise inferencial dos dados para verificar as hipóteses formuladas previamente (H0, H1, H2, H3, H4).

Considerando **H0**, observamos que 54,3% da população utilizou de forma indevida o serviço de Urgência Pediátrica.

A nível de referenciação hospitalar constatou-se que 90% (33240) dos episódios de urgência correspondem a utentes sem referenciação hospitalar. No entanto destes 35,9% foram considerados através do sistema de triagem de Manchester como sendo episódios urgentes, muito urgentes ou emergentes, pelo que a recorrência destes utentes se encontra justificada.

PHELPS (2000), Estados Unidos da América, constatou que anualmente cerca de 20 milhões de crianças procuram atendimento médico nas urgências hospitalares, cerca de 75% destas refere-se situações não urgentes que poderiam ser resolvidas num nível de cuidados menos diferenciados.

Segundo MELO (1999), verifica-se uma procura crescente aos cuidados de saúde pediátricos diferenciados, com o recurso indiscriminado aos serviços de urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra (Portugal). A maior parte desta procura ocorre por iniciativa própria, no sentido de aceder a técnicos de saúde especializados mesmo que a situação clínica da criança não justifique tal procura.

Na **H1** verificamos que o concelho de origem dos utentes influencia o facto de cada episódio ser um caso de acesso injustificado ou justificado. As populações de diferentes concelhos influenciam o tipo de acesso.

O concelho de Sintra apresenta 59,9% (11904 episódios) dos casos de acesso injustificado, o concelho de Amadora apresenta 34,6% (6881 episódios) dos casos de acesso injustificado, sendo os restantes 5,4% (1084 episódios) provenientes dos restantes concelhos.

No entanto se analisarmos em termos de percentagem de população residente em ambos os concelhos observamos que o concelho de Sintra apresenta 69,29% (377249 residentes) da população residente em ambos os concelhos, e o concelho de Amadora apresenta 30,70% (167169 residentes) do total da população residente em ambos os concelhos. Logo o concelho de Amadora apresenta uma proporção de 4,11% de episódios não justificados e o concelho de Sintra 3,11% de episódios não justificados.

Em relação **H2** observou-se que existem dias da semana com maior número de episódios injustificados, verifica-se que o dia da semana influencia o tipo de acesso.

No caso concreto os dias da semana terça-feira e quinta-feira foram os dias da semana com maior número de episódios injustificados. Estes resultados derivam do facto deste hospital não apresentar atendimento de urgência em especialidades médicas, sendo a maior parte dos utentes referenciados para recorrerem na segunda-feira. Esta realidade reflecte a maior representatividade de episódios justificados que recorrem na segunda-feira.

SANTOS (2007), avaliou a percepção dos médicos sobre a afluência à Urgência Pediátrica no serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de São Teotónio em Viseu (Portugal) e concluiu que o recurso ao serviço de Urgência Pediátrica é influenciado por factores temporais sendo a segunda-feira dia de maior afluência e o sábado o dia de menor. O mês com maior número de episódios é Janeiro e com menor número de visitas seria Junho. O período do dia com maior afluência foi o da tarde e o de menor o da noite.

Atendendo aos resultados observados em **H3** podemos dizer que a recorrência injustificada ao serviço de urgência não depende do género. Conclui-se que não existe relação entre o sexo feminino e masculino e a recorrência injustificada.

DIEGUEZ (2003) concluiu que em Palencia (Espanha) a recorrência injustificada aos serviços de Urgência Pediátrica se verifica mais no sexo masculino, associando este facto a patologias do foro traumático (mais frequentes no sexo masculino).

Em **H4** podemos constatar que existe relação entre a idade das crianças e a recorrência justificada.

Após a análise dos dados constatamos que a faixa etária correspondente à idade pé escolar (1-5 anos) representa 41,9% dos episódios não justificados.

EYAL (2010) efectuou um estudo a nível nacional nos Estados Unidos da América onde constatou que as crianças com menos de dois anos de idade e que recorreram aos serviços de Urgência Pediátrica pertencem à faixa etária onde se verificaram menos casos de utilização indevida.

CUNHA (2007), concluiu num estudo efectuado no Hospital Garcia de Orta em Almada (Portugal) que a maioria dos episódios de urgência em neonatos dizem respeito a situações não urgentes.

Se verificarmos a disponibilidade dos serviços de cuidados de saúde primários disponíveis em ambos os concelhos estudados podemos verificar que o horário de funcionamento destes (08:00h às 20:00h) coincide com o período de maior afluência de acesso injustificado ao serviço de Urgência Pediátrica. Desta forma podemos constatar que é necessária maior consciencialização das populações para este tipo de utilização, existem outras alternativas aos serviços de urgência, urge um maior investimento de educação para a saúde das populações.

Ainda assim a percentagem de episódios não urgentes fora dos horários dos CS é elevada, desta forma deveria ser ponderada maior flexibilidade dos horários de funcionamento dos Centros de Saúde. Estes deveriam ser adequados às necessidades das populações e não fixos, como acontece na maior parte dos recursos de saúde a nível dos cuidados de saúde primários de ambos os concelhos estudados.

PILLEGI (2006) em Crotone (Itália) conclui que é necessária uma maior organização e cooperação no âmbito da organização dos cuidados de saúde primários no sentido de dar resposta rápida às necessidades de saúde das populações.

PINHEIRO (2007), num estudo efectuado no Hospital de São Teotónio em Viseu (Portugal) constatou que é essencial melhorar a comunicação entre os dois níveis de cuidados: primários e secundários, só desta forma poderá haver uma melhor articulação entre os mesmos.

BROUSSEAU (2001), num estudo desenvolvido em Milwaukee (Estados Unidos da América) refere que é extremamente importante apostar na melhoria da qualidade nos cuidados de saúde primários prestados, através de maior número de especialistas em pediatria e aumento do horário de atendimento. Esta qualidade está associada ao decréscimo do número de episódios não urgentes e do consequente acesso injustificado aos serviços de Urgência Pediátrica hospitalares.

FISCHER (2006), num estudo efectuado no Texas (Estados Unidos da América) avaliou o impacto do aumento dos horários de funcionamento dos cuidados de saúde primários na diminuição da afluência aos serviços de Urgência Pediátrica. Constatou que o aumento de horas extra por parte dos cuidados de saúde primários pode ser uma estratégia eficaz na redução de atendimentos não urgentes nos serviços de urgência hospitalar.

7 – CONCLUSÃO

Ao longo de uma centena de páginas apresentei o meu trabalho, procurando pautar a sua exposição pelo rigor dos dados que me foram cedidos e os quais foram analisados no sentido de responder à questão de investigação formulada. Efectuei ainda um enquadramento teórico que permita aos futuros leitores uma percepção mais clara desta problemática que ocorre a uma escala mundial.

Procurei organizar a informação obtida à medida do meu entendimento da situação sobre a utilização do serviço de Urgência Pediátrica. Desta forma ao longo deste documento surgem quadros e figuras que ocupam parte importante do texto, estes têm como intuito sintetizar informação e facilitar a compreensão do leitor.

A utilização indevida dos recursos de saúde é um fenómeno mundial e descrito na literatura. Também em Portugal esta má utilização dos recursos em saúde é evidente na praça pública e faz parte das agendas de políticos e gestores do nosso Serviço Nacional de Saúde.

Neste estudo a análise da amostra permitiu retirar algumas conclusões sobre o tipo de utilização de um serviço de Urgência Pediátrica. Após a análise da amostra, podemos concluir que metade das crianças que recorrem ao serviço de Urgência Pediátrica apresentam situações que não constituem verdadeiras urgências hospitalares e que poderiam ser resolvidas a nível dos cuidados de saúde primários.

Foi ainda possível verificar que a maior parte dos episódios classificados neste estudo como recorrência injustificada se verificaram no período de funcionamento dos ACES existentes em ambos os concelhos, e que os utentes recorrem por iniciativa própria ao serviço de urgência sem qualquer avaliação prévia por parte de entidade de saúde competente para efectuar o encaminhamento para o serviço de urgência.

Desta forma, e como resposta à questão de investigação formulada existe evidência de utilização injustificada do serviço de Urgência Pediátrica do Hospital em estudo por parte dos utentes em idade pediátrica.

CONTRIBUTO PARA MINIMIZAR A UTILIZAÇÃO

Para existir uma redução da utilização indevida dos serviços de Urgência Pediátrica considera-se importante a articulação efectiva entre os vários níveis de cuidados de saúde com a abertura dos serviços de atendimento permanente durante 24 horas para

doença não urgente; obrigatoriedade de referenciação através de carta de um médico dos cuidados de saúde primários para o acesso aos serviços de urgência; Recurso a telemedicina para comunicação entre clínicos generalistas e especialistas, no sentido de haver a avaliação imediata do grau de urgência, intervenção e posterior encaminhamento; campanhas informativas junto das populações sobre todas as soluções alternativas ao serviço de urgência. São algumas das medidas que poderiam atenuar ou restringir a utilização exagerada dos serviços de Urgência Pediátrica (Melo, 1999).

Fernandes (2011) sugere os seguintes conselhos para pais e educadores:

- Recorrer apenas aos serviços de Urgência Pediátrica apenas em caso de traumatismo grave, convulsões, perda de consciência, dificuldade respiratória ou quando referenciado por entidade de saúde.
- Não utilizar a Urgência Pediátrica para uma consulta que pode fazer no Centro de Saúde.
- Aconselhar-se com o médico de família ou médico assistente sobre a forma de agir em caso de doença.
- Falar com o médico assistente ou saúde 24 antes de optar pelo serviço de urgência

Um investimento mais efectivo em profissionais especialistas em pediatria nos cuidados de saúde primários, seria outra medida que iria atenuar a recorrência injustificada.

Uma maior aposta na educação da comunidade sobre o verdadeiro objectivo dos serviços de Urgência Pediátrica. Começar esta intervenção junto das escolas é premente para um futuro mais eficiente em termos de eficiência dos escassos recursos da saúde.

A criação de laços de confiança e que se mantenham ao longo do tempo entre os profissionais dos ACES e a população que estes servem, esta relação deveria ser mantida por um pediatra de ambulatório.

É esta relação de confiança a condição premente para que as crianças de hoje sejam adultos responsáveis na utilização dos escassos recursos de saúde.

Desta forma considero serem necessárias três condições para que possa ocorrer a diminuição desta afluência indevida aos serviços de Urgência Pediátrica:

- Horários mais flexíveis dos ACES;
- Existência de oferta de especialistas de pediatria em ambulatório;
- Campanhas de educação para a saúde junto de crianças e cuidadores.

Em futuros estudos seria útil avaliar outras variáveis como a importância de ter ou não de médico de família ou pediatra assistente por parte dos utentes que recorrem de forma injustificada ao Serviço de Urgência Pediátrica.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASPLIN, B., et al. – A Conceptual model of Emergency Department Crowding – **Annals of Emergency Medicine** 42:2 (August 2003) 173-180. [Consult. 10 Março 2011]. Disponível em <http://www.annemergmed.com>

BAUMANN, M., et al. – Evaluation of the Emergency Severity Index (version 3): triage algorithm in pediatric patients.12:3 (March 2005). 219-224 [Consult. 10 Outubro 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

BROUSSEAU, D., et al. - Quality of primary care and subsequent pediatric emergency department utilization. **Pediatrics**.119:6 (June 2007) 1131-1138. [Consult. 26 Novembro 2010]. Disponível em <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/119/6/1131>

BROUSSEAU, D., et al. – The effect of prior Interactions with a primary care provider on nonurgent pediatric emergency department use. **Archives pediatrics & adolescent medicine**. 158:1 (January 2004) 78-82. [Consult. 23 Janeiro 2011]. Disponível em <http://www.archpediatrics.com>

CALDEIRA, T.; Santos, G., et al. – O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica: Acta Pediátrica Portuguesa. **Revista de Medicina da criança e do adolescente**. 37:1 (2006) 1-4.

CÂMARA MUNICIPAL DA AMADORA. CENTRO DE ESTUDOS PARA A INTERVENÇÃO SOCIAL (CESIS) - Diagnóstico Social do Município da Amadora. Amadora, 2008.

CAMBRA, F., et al. – Estúdio de la demanda urgente de assistência pediátrica en el servicio de urgencias de un hospital infantil. **Anales Españoles de Pediatría**. 42 (1995) 27-30.

CARRET, M.. et al. - Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. **BMC Health services research**. 18:7 (August 2007) 1-9.

INSTITUTO GEOGRAFICO PORTUGUÊS - Carta Administrativa Oficial de Portugal (CAOP), (2008). (Consultado em 10 Janeiro 2010) Disponível em: <http://www.igeo.pt/produtos/cadastro/CAOP>

CÂMARA MUNICIPAL DA AMADORA - Carta de equipamentos para a saúde - D A U – Departamento de Administração Urbanística / S I G – Sistema de Informação

Geográfica; 2002; Consultado a: 10 de Março 2011; Disponível em: <http://www.cm-amadora.pt>

CÂMARA MUNICIPAL DA AMADORA. CENTRO DE ESTUDOS PARA A INTERVENÇÃO SOCIAL (CESIS) – Rede social da Amadora: diagnóstico social do concelho de Amadora: Programa de rede Social. Amadora, 2004. [Consult. 8 Fevereiro 2011]. Disponível em http://195.245.197.216/CLAS/Todos/DOCS_enviados//1115/1.%20Diagn%F3stico%20Social/Diagn%F3stico%20Social%202004/Diagn%F3stico%20Social%202004.pdf

CÂMARA MUNICIPAL DA AMADORA. Diagnóstico Social do Concelho de Sintra: Programa de apoio à implementação da rede social. Núcleo Coordenador do Concelho Local de Acção Social de Sintra. Amadora, 2004.

CUNHA, J. – Recém- nascidos na Urgência Pediátrica Hospitalar: Acta Pediátrica Portuguesa. **Sociedade Portuguesa de Pediatria**. 38:6 (2007) 235-240.

Decreto-Lei n.º 28/2008. D.R I Série. 38 (2008-02-22) 1183-1189.

DELIA, D., et al. – Emergency department utilization and capacity: the synthesis project. Research Synthesis Report. 17 (July 2009) [Consult. 20 Fevereiro 2011]. Disponível em: <http://www.policysynthesis.org>

Despacho nº9871/2010. D.R. II Série. 112 (2010-06-11).

DIEGUEZ, J.K. I., et al. – Estudio de la demanda de asistencia pediátrica en el servicio de urgencias de un hospital general de segundo nivel. **Bolletín Pediátrico**. 44:187 (2004) 20-25.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. DIRECÇÃO DE SERVIÇOS E PLANEAMENTO. Rede Hospitalar de Urgência/Emergência. Lisboa: DGS, 2001. 6-24

DONABEDIAN, A. - Evaluación y Monitoreo de la Calidad de los Servicios de Salud. In SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Queretaro: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnologia Secretaria de Salubridad y Asistencia, 1978. 65-68.

EYAL, B. I., et al. - National profile of nonemergent Pediatric Emergency Department visits. **Pediatrics**. 125:3 (2010) 454-459 [Consult. 10 Maio 2011] Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/125/3/454.full.pdf>

FERNANDES, A. – Serviço de Urgência Hospitalar. [Consult. 6 Janeiro 2011]. Disponível em http://familia.sapo.pt/bebe/saude_e_seguranca/mae_ideal

FERNÁNDEZ, J. – Urgências de pediatria: buscando una atención más especializada. **Anales Españoles de Pediatría**. 44:41(1996) 312-316.

FIENE, R. - The case for national early care and education standards: key indicator/predictor state childcare regulations, National Association of Regulatory Administration; National Care Standards; 1994, p. 6-8.

FISHER, L., et al. – The impact of extend hours Primary Care on Emergency Department Use Among Medicaid/SCHIP Enrollees in Houston; School of Public Health.University of Texas (2006) 1-16 [Consult. 13 Maio 2011]. Disponível em :<http://www.sph.uth.tmc.edu>

FOLTIN, G. L. - Critical issues in urban emergency medical services for children. **Pediatrics**. 92 (1995) 174-179.

FORTIN, M. – O processo de Investigação da concepção à realização. 1ª ed. Coimbra: Lusociência, 1999.

FRANCO, S. M. - Primary care physician access and gatekeeping: a key to reducing emergency deparment use. **Clinical Pediatrics**. 36:2 (February 1997) 63-68.

GOODELL, S., et al. – The Synthesis Project, Policy Brief. **The Robert Wood Johnson Foundation**.17 (July 2009). [Consult. 25 Fevereiro 2011]. Disponível em www.policysynthesis.org

GOUIN, S., et al. – Evaluation of the Pediatric Canadian Triage and acuity scale in a pediatric ED. **American Journal of Emergency Medicine**. 23:3 (2005) 243-247.

GRASSINO, E., et al. – Access to pediatric emergency departments in Italy: a comparisson between immigrant and italian patients. **Italian Journal of Pediatrics** . 35:3 (February 2008) 1-5.

GREENE, J. – Emergency Department Flow and the Boarded Patient: how to get admited patient upstairs. **Annals of Emergency Medicine**. 51 (2007)9-12. [Consult.18 Abril 2011]. Disponívell em [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(07\)00377-0/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(07)00377-0/fulltext)

HALTIWANGER, K. A., et al. - The Pediatric Emergency Department: a substitute for primary care? **California Journal of Emergency Medicine**. 7:2 (2006) 26-30 [Consult. 12 Dezembro 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2872515/>

HAY, E., et al. – Quality assurance of nurse triage: consistency of results over three years. **American Journal of Emergency Medicine**. 19: 2 (March 2001) 113-117.

IMPERATORI, E., - Mais de 1001 Conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Lisboa, 2009. 179-182.

INE- Recenseamento Geral da População e Habitação. 2001

ISERSON, K., et al. – Triage in medicine: concept, history, and types. **Annals of Emergency Medicine**. 49:3 (March 2007) 275-281.

JANUÁRIO, L. - A urgência pediátrica na encruzilhada. Revista Saúde Infantil. 32:2 (2010). [Consult. 22 Fevereiro 2011]. Disponível em http://saudeinfantil.asic.pt/volume_detail.php?volume_id=56

KEVIN, M.; et al. – Emergency triage: Manchester Triage Group. 2ª ed. Oxford: 2006.

KLUCK, M. – Indicadores de qualidade assistencial: sistema de indicadores padronizados para gestão hospitalar. (2002) 1-53.

KUHLTHAU, K., et al. – Risk adjustment for pediatric quality indicators. **Pediatrics**. 113 (January 2004) 210-216.

LEMAY, A. - Analyse économique de l'utilisation des services d'urgence hospitaliers. **Sciences sociales et santé**. 14:2 (1996) 5-38. [Consult. 3 Maio 2011]. Disponível em <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=3276398>

LOSEK, I. D., et al. - HMOs and pediatric emergency care. **Pediatric Emergency Care**. 3 (1987) 79-81.

MACHADO, M., et al. - Maternal and Childhood Healthcare in Immigrant Population – Are they treated differently? Bial Prize 2007

MACHADO, M. C., et al. – Cuidados de saúde maternal e infantil a uma população de imigrantes. **Revista Migrações**. 1 (2007) 103-127.

MARQUES, A., et al. – Triagem no serviço de urgência: protocolo de triagem de Manchester. 2ª ed. Grupo Português de Triagem, 2009. 21-93.

MCCOY, H. V. - Reducing older patients reliance on the emergency department. **Social Work in Health Care**.17: 1 (1992) 23-27.

MCDONALD, K., et al. – Measures of pediatric health care quality based on hospital administrative data. **Pediatric Quality Indicators**. (2006) 9-24.

MELO, E. O. - Acessibilidade/utilização do serviço de urgência do hospital pediátrico de Coimbra. **Revista de Enfermagem**.3 (Novembro 1999) 59-62. [Consult. 5 Dezembro 2010]. Disponível em http://www.esenfc.pt/esenfc/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=92&id_rev=5&id_edicao=18

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Proposta de Requalificação das Urgências – Esclarecimentos adicionais; comunicado N°1; 2007

NORTHINGTON W.E.; Brice J.H.; Zou B. - Use of an emergency department by nonurgent patients. **Am J Emerg Med**. 23:2 (March 2005) 131-137. [Consult. 28 Novembro 2010]. Disponível em www.inspq.qc.ca/pdf/publications/631UrgenceHospitaliere-Resume.pdf

PETERSEN, L. A., et al.- Nonurgent Emergency Department visits: the effect of having a Regular doctor. **Medical Care**. 36:8 (August 1998) 1249-1255. [Consult. 6 Março 2011]; Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8632688>

PHELPS, K., et al. – Factors Associated With Emergency Department Utilization for Nonurgent Pediatric problems. **Archives of Family Medicine**. 9:10 (2000) 1086-1092. [Consult. 23 Março 2011]. Disponível em <http://archfami.ama-assn.org/cgi/content/abstract/9/10/1086>

PILEGGI, C., et al. – Pediatric utilization of an emergency department in Italy. **European Journal of Public Health**. 16:3 (2006) 563-569. [Consult. 20 Março 2011]. Disponível em <http://www.ijponline.net/content/35/1/3>

PINES, J., et al.– Emergency Department Crowding Is associate with poor care for patients with severe pain. **Annals of Emergency Medicine**. 51:1 (January 2008) 6-7. [Consult. 14 Maio de 2011]. Disponível em <http://www.annemergmed.com>

PINHEIRO, A. P. – Referenciação à Urgência Pediátrica do Hospital S. Teotónio – Viseu. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 24:67 (2008) 1-8.

POCINHO, M. - Teoria e exercícios passo – a – passo estatística. Vol.1. 2009. 22-30.

PORTAL DA SAÚDE – Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa (Consultado a 18 Dezembro 2010) Disponível em <http://www.min-saude.pt/portal/servicos/prestadores>

PORTARIA nº276/09. D. R. I Série.154 (2009-07-23).

ROBERGE, D. - L'urgence hospitalière : un substitut à la première ligne? Résultats d'une enquête auprès de la population de montréal et de la montérégie; (2007) [Consult. 9 Maio2011]. Disponível em www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS

ROSENZWEIG, S. - Emergency rapport. **Journal of Emergency Medicine**. 11 (1993) 775-778.

ROSS, J. W., et al. - Effects of social work intervention on nonemergent pediatric emergency department utilization. **Health a social work**. 29:4 (November 2004).

SANTANA, P. - Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde: ensaio metodológico em geografia da saúde. Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 1993. Dissertação de Doutoramento em geografia humana.

SANTOS, M. I., et al. – Padrões temporais de recurso à Urgência Pediátrica: pistas importantes para um modelo de predição da afluência. **Sociedade Portuguesa de Pediatria**. 41:4 (2010) 166-170.

SANTOS, T; Seabra, H. - A Criminalidade de Estrangeiros em Portugal - um Inquérito Científico. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, 2005. [Consult. 15 Março 2011) Disponível em <http://www.oi.acidi.gov.pt>

SCOBLE, M. – Implementing triage in a children's assessment unit: nurse stand. 18:34; (2004) 41-44. [Consult. 15 Março 2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

SIARS – Agrupamentos de Centros de Saúde dos concelhos de Amadora e Sintra. [Consult. 3 Janeiro 2011] Disponível em http://www.arslvt.min-saude.pt/ARSLVT/Documents/2011/Relat%C3%B3rio%20Gest%C3%A3o_2010_Final.pdf

TERNOV, S.; ROLAND, A. - System weaknesses as contributing causes of accidents in health care. **International Journal for Quality in Health Care**. 17:1 (2005) 5-13. [Consult. 10 Março 2011]. Disponível em <http://www.biomedsearch.com/nih/System-weaknesses-as-contributing-causes/15668305.html>

YOUNG, G. P. et al. – Ambulatory visits to hospital emergency departments. **The Journal of the American Medical Association**. (460-465). [Consult. 13 Março 2011]. Disponível em <http://jama.ama-assn.org/content/276/6/460.short>

ANEXOS

Rita Dias Nunes

ANEXO I – PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO

Rita Dias Nunes

À Direcção de Enfermagem do Hospital

Dr. Fernando Fonseca, EPE

Assunto: Pedido de dados dos utentes admitidos no Serviço de Urgência Pediátrica referentes ao período compreendido entre Julho de 2010 e Janeiro de 2011. No âmbito do Trabalho de projecto de Mestrado “Caracterização da utilização da Urgência Pediátrica num Hospital da área metropolitana de Lisboa”.

Rita Dias Nunes, aluna do V Mestrado de Gestão em Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, vem por este meio solicitar alguma informação contida na vossa base de dados, relacionada com o Serviço de Urgência Pediátrica, referente ao período de seis meses desde Julho de 2010 a Janeiro de 2011. Especificamente:

Idade e género da população que recorre ao Serviço de Urgência Pediátrica;
Prioridade de atendimento atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester a cada episódio de urgência;
Freguesia de residência dos indivíduos;
Referenciação hospitalar por parte dos Centros de Saúde ou Saúde 24;
Data de recorrência (dia do mês e semana, hora de entrada).

Os dados obtidos serão tratados em SPSS, numa abordagem quantitativa onde se pretende caracterizar os episódios considerados não urgentes (através do Sistema de Triagem de Manchester com a hora e dia de recorrência dos utentes). Neste estudo também serão utilizados dados recolhidos na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS – LVT) referentes aos agrupamentos de Centros de Saúde dos Concelhos de Amadora e Sintra.

No presente estudo será salvaguardada a identidade dos utentes. Os dados serão tratados de forma confidencial e anónima, e os resultados deste estudo serão utilizados apenas de forma académica. No final do estudo será oferecido um exemplar deste estudo à Direcção deste Hospital.

Em anexo apresenta-se o protocolo do projecto de investigação.

Atenciosamente
Rita Nunes

Disponível para eventuais esclarecimentos em :

Rita_nunes30@hotmail.com

Telm:919058443

Rita Dias Nunes

Ao Exmo. Presidente da Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo

Assunto: Pedido de dados referentes ao agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa: VII Amadora; VIII Sintra – Mafra; IX Algueirão - Rio de Mouro; X Cacém – Queluz. No âmbito do Trabalho de projecto de Mestrado “Caracterização da utilização da Urgência Pediátrica num Hospital da área metropolitana de Lisboa”.

Rita Dias Nunes, aluna do V Mestrado de Gestão em Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, vem por este meio solicitar alguma informação contida na vossa base de dados, referente ao ano de 2010.
Nomeadamente:

Número de utentes em idade pediátrica (0-18 anos) inscritos nos vários Centros de Saúde;

Número de utentes em idade pediátrica que recorreram aos vários Centros de Saúde;

Número de atendimentos de utentes em idade pediátrica dos serviços de atendimento permanente;

Os dados obtidos serão tratados em SPSS, numa abordagem quantitativa onde se pretende caracterizar a utilização dos recursos de saúde públicos por parte da população pediátrica de ambos os concelhos estudados. Neste estudo também serão utilizados dados recolhidos no Hospital Fernando da Fonseca, EPE.

No presente estudo será salvaguardada a identidade dos utentes. Os dados serão tratados de forma confidencial e anónima, e os resultados deste estudo serão utilizados apenas de forma académica. No final do estudo será oferecido um exemplar deste estudo à ARS-LVT.

Em anexo apresenta-se o protocolo do projecto de investigação.

Atenciosamente

Rita Nunes

Disponível para eventuais esclarecimentos em :

Rita_nunes30@hotmail com

Telm:919058443

Rita Dias Nunes

ANEXO II – QUADROS DE VARIÁVEIS

Rita Dias Nunes

Nº CASOS	ANO	MÊS	DIA SEMANA	HORA	CONCELHO. MORADA	FREGUESIA. DE AMADORA	FREGUESIA. DE SINTRA	IDADE	SEXO	NATURALIDADE
1 ao 36933	0-2010 1-2011	0-Julho 01-Ago 02-Set 03-Out 04-Nov 05-Dez 06-Jan	0-segunda 1 - Terça 2 - Quarta 3 - Quinta 4 - Sexta 5 - Sábado 6 - Domingo	0 - <8H 1 – 8H-20H 2 -> 20H	0-Amadora 1-Sintra 2 – Outros concelhos	0-Alfragide 1-Venda nova 2-Brandoa 3-Damaia 4-Falagueira 5-Reboleira 6-Buraca 7-Venteira 8-São Brás 9-Alformelos 10-Mina	11-Colares 12-São João das lampas 13-São Martinho 14-Terrugem 15-Santa Maria 16-São Pedro 17-Rio de Mouro 18-Algueirão Mem Martins 19-Pero Pinheiro 20- Montelavar 21- Almargem do Bispo 22-Belas 23-Agualva 24-Casal de Cambra 25-Mira Sintra 26-Cacém 27-São Marcos 28-Monte Abraão 29-Massama 30-Queluz 31 - Outras Freguesias	0anos/18 anos (1 de Janeiro de 1993 - 31 Janeiro de 2011)	0-masculino 1-feminino	0-Portugal 1-Brasil 2- Outros40 países: França Irlanda Luxemburgo Espanha Suíça Inglaterra Venezuela União Soviética Senegal São Tomé e Príncipe Republica da Guiné Rússia Paquistão Nigéria Moçambique Migração Marrocos Itália Indonésia Índia Ilhas Natal Holanda Guiné Gana EUA Cuba Colômbia China Camarões Bulgária Bélgica Bangladesh Austrália Argentina Angola Alemanha África do Sul Timor Leste Desconhecido Noruega

DESCRIÇÃO DO TIPO SAÍDA	TIPO PROCEDÊNCIA	REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR	DISCRIMINADOR UTILIZADO NA TRIAGEM				PRIORIDADE ATRIBUÍDA NA TRIAGEM
0-ARS/Centro de Saúde 1-Serviço de Internamento 2-Consulta externa 3-Abandono 4-Outro Hospital 5 - Erro de Urgência Pediátrica 6-Alta administrativa 7 - Saída contra parecer médico 8 - Falecido- autopsia medico-legal 9 – Outros erros de inscrição	0-ARS/Centro de Saúde 1-Saúde 24 2-Exterior domicílio 3-Exterior escola 4-Exterior via/ local publico 5-SAP-Ser. Atendimento Permanente 6-Transferido de outro hospital 7-Consulta externa 8-Urgência 9 - Erro de Urgência Pediátrica 10-Exterior Local de Trabalho 11 - Proveniência interna	0-É referenciado: (Saúde 24 SAP -Serviço Atendimento permanente Consulta externa Urgência Proveniência Interna ARS/Centro de Saúde Transferido de outro Hospital) 1-Não é referenciado: (Exterior domicílio, escola, via local publico) (Exterior local de trabalho) 2 – Erro de urgência	0-Agressão 1-Alergia 2-Asma 3-Auto-agressão 4-Bebê que chora 5-Cefaleia 6-Comportamento estranho 7-Convulsões 8-Corpo estranho 9-Criança com dificuldade de locomoção 10-Criança irritável 11 - Criança que não se sente bem 12-Diabetes 13-Diarreia e/ou vômitos 14-Dispneia 15-Dispneia na criança 16-Doença mental 17-Doenças sexualmente transmissíveis 18-Dor abdominal 19-Dor abdominal na criança	20-Dor cervical 21-Dor de garganta 22-Dor lombar 23-Dor testicular 24-Dor torácica 25-Embriaguez aparente 26-Erupções cutâneas 27-Estado de inconsciência/síncope 28-Exposição a químicos 29-Feridas 30-Grande traumatismo 31-Gravidez 32-Hemorragia GI 33-Hemorragia vaginal 34-Indisposição no adulto 35-Infecções locais e abscessos	36-Lesão torácico - abdominal 37-Mordeduras e picadas 38-Pais preocupados 39-Palpitações 40-Problemas estomatológicos 41-Problemas faciais 42-Problemas nos membros 43-Problemas oftalmológicos 44-Problemas nos ouvidos 45-Problemas urinários 46-Quedas 47-Queimaduras profundas e superficiais	48-Sobredosagem ou envenenamento 49-T.C.E. 50-Catástrofe – avaliação primária 51-Catástrofe – avaliação secundária 52 - Branco 53 - Não responde	0-Não urgente (Branco) 1- Pouco urgente (Azul/Verde) 2- Urgente (Amarela) 3-Muito urgente (Laranja) 5-Emergente (Vermelho) 6 - Não atribuída

CLASSES ETÁRIAS	TIPO DE ACESSO
0 – 0 Dias aos 12 meses	0 – Não justificado (azuis e verdes com saída para ARS-CS)
1 – 1 Ano aos 5 anos	
2 – 6 Anos aos 11 anos	1 – Justificado (todos os referenciados, todas as prioridades urgentes, muito urgente, emergente e Brancos)
3 – 12 Anos aos 18 anos	

Rita Dias Nunes

ANEXO III – TABELAS DA ANÁLISE INFERENCIAL DOS DADOS

Rita Dias Nunes

H0 – Existe utilização injustificada por parte dos utentes do Serviço de Urgência Pediátrica?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	NÃO JUSTIFICADO	19867	53,8	54,3
	JUSTIFICADO	16753	45,4	45,7
	Total	36620	99,2	100,0
Missing	System	312	,8	
Total		36932	100,0	

Justificados não referenciados

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Referenciação * just_Njust	36620	99,2%	312	,8%	36932	100,0%

Referenciação * just_Njust Crosstabulation

Count		just_Njust		Total
		NÃO JUSTIFICADO	JUSTIFICADO	
Referenciação	Referenciado	0	3606	3606
	Não é referenciado	19867	13147	33014
Total		19867	16753	36620

H1 - Existem diferenças de utilização do serviço de Urgência Pediátrica consoante a residência dos utentes?

just_Njust * Concelho Crosstabulation										
Count						Chi-Square Tests				
		Concelho			Total			Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
		Amadora	Sintra	Outros Concelhos						
just_Njust	NÃO JUSTIFICADO	6881	11904	1082	19867		Pearson Chi-Square	13,814	2	,001
	JUSTIFICADO	5528	10357	868	16753		Likelihood Ratio	13,822	2	,001
Total		12409	22261	1950	36620		Linear-by-Linear Association	5,519	1	,019
							N of Valid Cases	36620		

H2 – Existe diferença significativa entre o dia da semana e o acesso injustificado?

Dia Semana * just_Njust Crosstabulation									
Count									
		just_Njust		Total	Chi-Square Tests				
		NÃO JUSTIFICADO	JUSTIFICADO			Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Dia Semana	Segunda	1613	4617	6230	Pearson Chi-Square	2456,460	6	,000	
	Terça	3355	2188	5543	Likelihood Ratio	2509,872	6	,000	
	Quarta	3153	2068	5221	Linear-by-Linear Association	837,175	1	,000	
	Quinta	3442	2152	5594	N of Valid Cases	36620			
	Sexta	3082	1954	5036					
	Sábado	2505	1843	4348					
	Domingo	2717	1931	4648					
Total		19867	16753	36620					

H3 – Será que existe diferença significativa da recorrência injustificada ao serviço de urgência entre os diferentes géneros?

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * just_Njust	36620	1,0	312	,0	36932	1,0

Sexo * just_Njust Crosstabulation

Count				
		just_Njust		Total
		NAO JUSTIFICADO	JUSTIFICADO	
Sexo	Masculino	10716	8906	19622
	Feminino	9151	7847	16998
Total		19867	16753	36620

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,212	1	,137		
Continuity Correction ^b	2,181	1	,140		
Likelihood Ratio	2,212	1	,137		
Fisher's Exact Test				,138	,070
Linear-by-Linear Association	2,212	1	,137		
N of Valid Cases	36620				

H4 – Será que existe relação entre a idade e a recorrência injustificada ao Serviço de Urgência Pediátrica?

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
just_Njust * getario	36620	1,0	312	,0	36932	1,0

just_Njust * getario Crosstabulation							
			getario				Total
			0	1-5	6-11	12-18	
just_Njust	NÃO	Count	3051	8327	5128	3361	19867,0
	JUSTIFICADO	Expected Count	3056,5	8203,4	5130,0	3477,0	19867,0
	JUSTIFICADO	Count	2583	6794	4328	3048	16753,0
		Expected Count	2577,5	6917,6	4326,0	2932,0	16753,0
Total		Count	5634	15121	9456	6409	36620,0
		Expected Count	5634,0	15121,0	9456,0	6409,0	36620,0

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,553	3	,006
Likelihood Ratio	12,541	3	,006
Linear-by-Linear Association	6,343	1	,012
N of Valid Cases	36620		

Rita Dias Nunes